

Huoltaja täyttää

Oppilaan nimi		Syntymäaika	
Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka
Huoltajien nimet		Puh.	Sähköpostiosoite
_____		_____	_____
_____		_____	_____
Koulu	Luokka	Opettaja / luokanvalvoja	
Anomme lapselle koulunkäyntiavustajapalveluja ajalle: _____			
Perustelut:			
Liite (pakollinen) Lääkärin lausunto <input type="checkbox"/> Psykologin / psykiatrin lausunto <input type="checkbox"/> Muun viranomaisen lausunto, mikä? <input type="checkbox"/> Päiväys ja allekirjoitus ____ / ____ 20 ____			

Koulun esitys järjestelyiksi

Aikaisemmat tukitoimet	

Toimintaehdotus, tukitoimen laajuus, seuranta, muut jatkotoimenpiteet	

Liite (pakollinen)	
Opettajan lausunto	<input type="checkbox"/>
Erityisopettajan lausunto	<input type="checkbox"/>
Rehtorin lausunto	<input type="checkbox"/>
Muu (mikä?)	<input type="checkbox"/>
Päiväys ja allekirjoitus ____ / ____ 20 ____	