

Ansökan skickas till

**Antagningskansliet
Box 254
281 23 Hässleholm**

Ansökan om plats på IM-HTS

Sista ansökningsdag är den 15 februari

- Introduktionsprogram för elever med neuropsykiatrisk problematik

Namn_____	Personnummer_____
Adress_____	Telefon_____
Postnr_____	Ort_____
Vårdnadshavare 1_____	Tfn_____
E.mail_____	
Vårdnadshavare 2_____	Tfn_____
E.mail_____	

Grundskola/Annan skola_____ Slutår_____

Kontaktperson grundskola/Annan skola_____ Telefon_____

E.Mail:_____

Till ansökan bifogas de utredningar som ligger till grund för mottagande på IM-HTS:

- Psykologutredning – obligatoriskt om sådan finns
- Pedagogisk utredning – obligatoriskt (skolan ansvarar)
- Socialt utlåtande – om sådant finns
- Medicinskt utlåtande – om sådant finns

Datum: _____

Elevens underskrift

Elevens mobilnummer

Samtycke

IM-HTS arbetar utefter ett helhetstänkande runt eleven. Vi har genom vår erfarenhet sett stora vinster med att all personal som arbetar med eleven är informerade och införstådda med vilka förutsättningar och behov den enskilda eleven har.

Vi samarbetar ibland med andra aktörer såsom Omsorgsförvaltningen, Socialförvaltningen, Arbetsförmedlingen (AF), Försäkringskassan (FK), Barn- och Ungdomshabiliteringen (BOU), Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP) och Centrala Studiestödsnämnden (CSN). För att verka för elevens bästa är det viktigt att dessa aktörer får ta del av nödvändig information

Samtycket skickas in tillsammans med ansökan senast den 15 februari

Härmed ger vi vårt samtycke till att berörda personer får ta del utav de utredningar som ligger till grund för att vår dotter/son har behov av särskilt stöd genom IM-HTS

Samtycket gäller vår dotter/son _____ Personnr _____

- Samtycke medges
- Samtycke medges ej

Datum: _____ Vårdnadshavare 1: _____

Datum: _____ Vårdnadshavare 2: _____