



Namn på føresette 1			
Adresse:			
Tlf.priv.:		Tlf.arb.:	
Namn på føresette 2			
Adresse:			
Tlf.priv.:		Tlf.arb.:	

**SØKNAD OM SPESIALUNDERVISNING ETTER OPPLÆRINGSLOVA § 5-1
SKULEÅRET ____/____**

Namn:		Fødd:	
Skule:			

Søknadsgrunnlag: (set kryss)

Generelle lærevanskar		Sensomotoriske – syn/hørsel		Åtferd	
Lese- og skrivevanskar		Kommunikasjon/tale		Sosiale	
Andre spesifikke vanskar		Motoriske		Medisinske	
				Andre	

Kort omtale av vanskane til eleven:

Inneverande skuleår har barnet	årstimar pedagog og	årstimar assistent
--------------------------------	---------------------	--------------------

Trong for ressurs og tiltak:

TILTAK	TIMETAL og FAG	SUM ÅRSTIMETAL
Timetal spesialundervisning med pedagog Einetime/gruppetime/tolærer		
Timetal spesialpedagogisk hjelp med assistent Einetime/gruppetime/styrking i klassen		
Er det naudsynt med skyss?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Anna (utstyr, skyss, særleg tilrettelegging, fysiske tiltak m.m.) - spesifiser:

Stad

Dato

Føresette si underskrift

**Merknad: Søknaden skal sendast til rektor ved skulen
Sakkunnig tilråding vert sendt direkte frå PPR**

**Søknadsfristar:
Leikanger ungdomsskule 15. mars
Leikanger barneskule 01. april**