



Namn och kontaktuppgifter

Barnets efternamn, förnamn		Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
Adress (barnets folkbokföringsadress)	Postnummer	Ort
Vårdnadshavares efternamn, förnamn		Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
E-post		Telefon
Vårdnadshavares efternamn, förnamn		Personnummer (ååååmmdd-nnnn)
E-post		Telefon

Nuvarande placering och årskurs

Skolenheten/förskola där barnet går idag	Nuvarande årskurs
--	-------------------

Årskurs barnet ska börja i och önskad skolstart

Årskurs	Från vilket datum önskas platsen
---------	----------------------------------

Ny folkbokföringsadress	Gäller från datum
-------------------------	-------------------

Om ditt barn ska flytta till eller inom kommunen (Glöm inte att bifoga kopia på bostadskontrakt)

Vårdnadshavares underskrift

Namnsteckning	Datum
Namnsteckning	Datum

Så här ansöker du till Kannebäcksskolan Döv och Hörsel

Fyll i uppgifterna på sidan 1 samt bifoga följande handlingar:

- Audiogram
- Namn på en kontaktperson på hörselvården
- En pedagogisk kartläggning från nuvarande skola eller förskola och dokumentation om extra anpassningar eller särskilt stöd (om det finns)
- Namn på en kontaktperson på nuvarande skola eller förskola
- Ytterligare utredningar från läkare eller habilitering (om det finns)

Skicka in din ansökan tillsammans med de bifogade handlingarna med vanlig post till:

Grundskoleförvaltningen, myndighetsutövning
Box 1015
405 21 Göteborg

Vid frågor kontakta skolplacering@grundskola.goteborg.se