



SØKNADSSKJEMA OM SPESIALUNDERVISNING OG LOGOPEDI FOR VOKSNE

| Personalialia | | |
|--|---|--|
| Etternavn: | Fornavn: | |
| Fødselsnummer (11 siffer): | Bostedskommune: | |
| Adresse: | Postnummer og sted: | |
| E-post: (skriv tydelig) | Mobil: | |
| Er du norsk statsborger? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI | Morsmål: | |
| Svar på søknaden sendes | | |
| <input type="checkbox"/> Søkeren selv | <input type="checkbox"/> Annen adresse: | |
| Adresse: | Postnummer og sted: | |
| Innsøkende instans dersom søkeren ikke søker selv: | | |
| Skole/institusjon/andre Referanseperson | | |
| Adresse: | Postnummer og sted: | |
| E-post: (skriv tydelig) | Mobil: | |
| <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Hjelpeverge <input type="checkbox"/> Verge | | |
| Etternavn: | Fornavn: | |
| Adresse: | Postnummer og sted: | |
| E-post: (skriv tydelig) | Mobil: | |
| Vansker som ligger til grunn for søknaden | | |
| Dokumentasjon må legges ved søknaden | | |
| Dokumentasjon kan være uttalelse eller epikrise fra lege, logoped, pedagog, rådgiver eller øvrig behandlingsapparat. | | |
| <input type="checkbox"/> Lærevansker <input type="checkbox"/> Utviklingshemming <input type="checkbox"/> Ervervet skade/vanske | | |
| <input type="checkbox"/> Logopedi: Afasi / språk- og talevansker <input type="checkbox"/> Synsvansker | | |
| <input type="checkbox"/> S sammensatte vansker /funksjonshemminger | | |
| Spesifiser: | | |

| Tidligere skolegang: NB! Fylles ut av nye søkere | |
|--|-------------------------------|
| Skoleslag <input type="checkbox"/> Grunnskole <input type="checkbox"/> Videregående skole <input type="checkbox"/> Høyere utdanning <input type="checkbox"/> Annet | Hvilken skole har du gått på? |
| Arbeidserfaring | Interesseområder: |

| Har du deltatt på voksenopplæring tidligere? | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI | Hvis JA - hvor og når |

| Foreligger det en sakkyndig uttalelse fra pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) eller annen instans fra tidligere opplæring? | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> VET IKKE | Hvis JA - legg ved uttalelsen |

| Opplæringsbehov |
|-----------------------------|
| Hva trenger du opplæring i? |

| Opplæringen vil bli fulgt opp av bolig, arbeidsplass hjelpeverge eller andre (spesifiser) | |
|---|--------|
| Berørt virksomhet: | Mobil |
| Kontaktperson | Mobil: |

| Underskrift: |
|---|
| Retten til spesialundervisning etter § 4A-2er knyttet til sakkyndig vurdering. Ved din underskrift gir du samtykke til at skolen kan henvise din søknad til pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) for at de skal kunne foreta en sakkyndig vurdering. |
| Sted: _____ Dato: _____ |
| Søker: |
| Oppfølgingsansvarlig: |