



# ANSÖKAN OM PRAKTIK TILL HÖGHAMMARSKOLAN 2010-2011

## NATIONELLT PROGRAM

Alla uppgifter måste vara ifyllda, annars sändes ansökan åter.

|                         |                     |                          |  |                              |          |
|-------------------------|---------------------|--------------------------|--|------------------------------|----------|
| Föräldrar               | Enskild vårdnad     | <input type="checkbox"/> | Gemensam vårdnad   | <input type="checkbox"/>     |          |
| Eleven                  | Familjehemsplacerad | <input type="checkbox"/> |  |                              |          |
| Elevens tilltalsnamn    | _____               | Personnummer             | _____ - _____  |                              |          |
| Elevens efternamn       | _____               | Kvinna                   | <input type="checkbox"/>   | Man <input type="checkbox"/> |          |
| Vårdnadshavare 1        | _____               | Telefon/bostad           | _____  |                              |          |
| Utdelningsadress        | _____               | Telefon/arbete           | _____  |                              |          |
| Postnummer/ort          | _____               | mobil                    | _____  |                              |          |
| E-postadress            | _____               |                          |  |                              |          |
| Vårdnadshavare 2        | _____               | Telefon/bostad           | _____  |                              |          |
| Utdelningsadress        | _____               | Telefon/arbete           | _____  |                              |          |
| Postnummer/ort          | _____               | mobil                    | _____  |                              |          |
| E-postadress            | _____               |                          |  |                              |          |
| Familjehemsplacerad hos | _____               | Telefon/bostad           | _____  |                              |          |
| Utdelningsadress        | _____               | Telefon/arbete           | _____  |                              |          |
| Postnummer/ort          | _____               | mobil                    | _____  |                              |          |
| E-postadress            | _____               |                          |  |                              |          |
| Nuvarande skola         | _____               | Telefon skolexp          | _____  |                              |          |
| SYV/YVL                 | _____               | Telefon SYV/YVL          | _____  |                              |          |
| Nuvarande lärare        | _____               | Telefon                  | _____  |                              |          |
| Utdelningsadress        | _____               | mobil                    | _____  |                              |          |
| Postnummer/ort          | _____               |                          |  |                              |          |
| E-postadress            | _____               |                          |  |                              |          |
| Utdelningsadress        | Höghammar skolan    | Telefon                  | 0278-258 00  | Bankgiro                     | 594-2636 |
|                         | Box 550             | Telefax                  | 0278-258 40  |                              |          |
|                         | 821 10 Bollnäs      | Hemsida                  | <a href="http://www.hoghammar.se">www.hoghammar.se</a>                 |                              |          |
|                         |                     | E-post                   | <a href="mailto:carina.hadell@bollnas.se">carina.hadell@bollnas.se</a> |                              |          |
|                         |                     | Organisationsnummer      | 21 20 00-23 61   |                              |          |

En kommun i **Hälsingland**

Var god vänd!





# ANSÖKAN OM PRAKTIK TILL HÖGHAMMARSKOLAN 2010-2011 NATIONELLT PROGRAM

Alla uppgifter måste vara ifyllda, annars sändes ansökan åter.

**Kopia av Beslut om rätten till särskolan samt kopia av Psykologutredning ska bifogas.**

**( bör ej vara äldre än 3 år )**

Rätten till särskolan  Bifogat      Psykologutredning  Bifogat

Eleven har gått  Grundskola      Årskurs \_\_\_\_\_  Gymnasieskola      Årskurs \_\_\_\_\_

Grundsärskola      Årskurs \_\_\_\_\_  Gymnasiesärskola      Årskurs \_\_\_\_\_

## VÄLJ UTBILDNING

Markera i rutorna nedan! Skriv 1 för förstahandsvalet 2 för andrahandsvalet och 3 för eventuellt tredjehandsvalet

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estetiska programmet                         | <input type="checkbox"/> Naturbruksprogrammet           |
| <input type="checkbox"/> Fordonsprogrammet                            | <input type="checkbox"/> Inriktning Häst och smådjur    |
| <input type="checkbox"/> Handels- och administrationsprogrammet       | <input type="checkbox"/> Inriktning Miljö och fastighet |
| <input type="checkbox"/> Hantverksprogrammet                          | <input type="checkbox"/> Medieprogrammet                |
| <input type="checkbox"/> Hotell- och restaurangprogrammet             | <input type="checkbox"/> Specialutformat program        |
| <input type="checkbox"/> Industriprogrammet                           | <input type="checkbox"/> Omsorg                         |
| <input type="checkbox"/> Inriktning Plåt och svets/Verkstadsmekaniskt |   |
| <input type="checkbox"/> Inriktning Trä                               |   |

## IDROTTSGYMNASIET

Om du även vill göra praktik vid idrottsgymnasiet, kryssa då i ditt önskemål.

|   |  |
|---|--|
| Bowlinggymnasiet (BOG) <input type="checkbox"/>   | Motionsidrottsgymnasiet (MIG) <input type="checkbox"/> |
| Innebandygymnasiet (IBG) <input type="checkbox"/> | Friidrottsgymnasiet (FIG) <input type="checkbox"/>     |
| Fotbollsgymnasiet (FOG) <input type="checkbox"/>  |  |

En kommun i **Hälsingland**

Var god vänd!



I vilken omfattning behöver eleven tillsyn på boendet

Morgon

Kväll

Natt

*( Det finns alltid sovande jourpersonal i närheten av boendet )*

Elevens starka sidor \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Situationer när eleven behöver särskilt stöd i skolan/boendet/fritiden \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Har eleven assistent i skolan?  
I så fall i vilken omfattning och anledning?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fritidsintressen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Behöver eleven hjälpmedel?  
I så fall vad?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Har eleven kontaktperson/ledsagare enligt LSS (Lagen om stöd och service)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Övrigt \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DIAGNOS

Lindrig utvecklingsstörning     Autism     Annat \_\_\_\_\_

Har eleven/familjen stödjande kontakt? \_\_\_\_\_  
 I så fall ange var och ev kontaktperson \_\_\_\_\_  
 (t ex Habilitering, BUP). \_\_\_\_\_

|                    |                              |                             |       |
|--------------------|------------------------------|-----------------------------|-------|
| Epilepsi           | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Diabetes           | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Hjärtfel           | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Rörelsehinder      | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Synnedättning      | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Hörselnedättning   | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Tal/språksvårighet | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Allergier          | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Medicinering       | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |
| Särskild kost      | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | _____ |

Situationer då eleven behöver särskilt stöd i boendet/fritiden \_\_\_\_\_

Övrigt \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Inför praktiken är det viktigt att vi får information om ditt barn. Vi är medvetna om sekretessbestämmelserna. Den information vi får kommer under tystnadsplikt att delges den personal som ansvarar för eleven i skolan, boendet och fritiden. Detta för att vi ska kunna ge rätt insatser till ditt barn. Uppgifterna läggs in i skolans elevregister.

Jag godkänner härmed att ansvarig tjänsteman på Höghammarskolan får inhämta sådan information från skola, sjukvård och socialtjänst, som bedöms vara nödvändig för att skolan på bästa sätt skall kunna tillgodose mitt barns behov. Jag godkänner även att mitt barn får skjutas i bil/buss inom skolans verksamheter, och får fotograferas till skolans elevregister.



\_\_\_\_\_  
 Förälder/Vårdnadshavares namnteckning

\_\_\_\_\_  
 Datum

***Tack på förhand för Din hjälp!***