

## Ansökan till språkklassen på Lillestadskolan

Språkklassen tar emot barn med specifik språkstörning som primärt funktionshinder.  
Barn från Växjö kommun prioriteras.

Till ansökan **ska** utredningar/ utlåtande bifogas från:

- Logoped/ läkare innefattande nytaget audiogram
- Psykolog
- Pedagog

### Barnets uppgifter

Barnets namn		Personnummer
Adress	Postnummer, Ort	Telefon

### Vårdnadshavare

Namn	Telefon	Mobil
Adress	Postnummer, Ort	

Namn	Telefon	Mobil
Adress	Postnummer, Ort	

Önskar fritidsplacering på Lillestad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

### Beslut från rektor Lillestadskolan

<input type="checkbox"/> Beviljas	<input type="checkbox"/> Avstyrkes
-----------------------------------	------------------------------------

### Vårdnadshavarens underskrift

Datum	Datum
Vårdnadshavarens underskrift	Vårdnadshavarens underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Vid gemensam vårdnad ska blanketten undertecknas av båda vårdnadshavarna.  
Ansökan lämnas senaste 15 februari.

### Blanketten skickas till:

Lillestadskolan  
Gamla Norrvägen 54  
352 43 Växjö