

# INSKRIVNING SÄRSKOLAN

Till  
Sociala myndighetsnämnden  
Kungälv

## ANSÖKAN

---

Ifylls av den sökande:

Framställan om undervisning i särskola enligt skollagen 3 kap § 4.

Elevens namn:.....

Personnummer:.....

Adress:.....

Postnr/Ort:.....

Datum:..... Ort:.....

.....  
Underskrift

.....  
Underskrift

Den sökande är

- vårdnadshavare (Vid delad vårdnad skall båda vårdnadshavarna underteckna ansökan)  
 annan ansvarig t ex förmyndare

Ifylls av beslutsfattaren

Bifogade handlingar

- Pedagogiskt utlåtande  
 Psykologutlåtande  
 Läkarutlåtande  
 Personbevis  
 Social utredning

**SKOLA**

**KUNGÄLVS  
KOMMUN**



ADRESS Rosendalsgatan 2 442 35 Kungälv  
TELEFON 0303-23 95 10  
FAX 0303-649 51  
E-POST annika.holm.eriksson@kungalv.se  
HEMSIDA www.kungalv.se