



SVEDALA KOMMUN

Anmälan enligt 19 kap 1 § SoL till Socialtjänsten

Datum

Anmälare (den som upplever oron)

Förnamn	Efternamn
Telefonnummer	E-postadress
Uppgiftslämnarens relation till barnet/eleven	
Arbetsplats	

Förnamn på ev lärare/mentor	Efternamn på ev lärare/mentor
E-postadress	Telefonnummer

Anmälan avser

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefonnummer
Adress	

Vårdnadshavare 1

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefonnummer
Adress	

Vårdnadshavare 2

Förnamn	Efternamn
Personnummer	Telefonnummer
Adress	

Tolkbehov?

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Språk?
-----------------------------	------------------------------	--------



SVEDALA KOMMUN

Anledning till denna anmälan (Var konkret och tydlig; vad gäller er oro, tecken ni ser på att barnet ej mår bra, vem har sagt vad, tidpunkt och datum för särskild händelse etc.)

Vad är det som gör att ni anmäler just nu? Aktuell situation?

Vilka åtgärder har ni själva vidtagit? Elevhälsoteamets arbete, samarbete med föräldrar, andra åtgärder för den unge såsom, anpassningar, särskilt stöd, åtgärdsprogram.

Övrigt

Känner vårdnadshavaren till att anmälan görs?

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om nej varför inte?
-----------------------------	------------------------------	---------------------

Känner barnet/den unge till att anmälan görs?

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om nej varför inte?
-----------------------------	------------------------------	---------------------

Är det något särskilt att beakta när vi kontaktar barnet/den unge och/eller vårdnadshavare?

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, beskriv vad?
-----------------------------	------------------------------	---------------------

Underskrift av anmälaren/anmälarna