



SVEDALA KOMMUN

Anmälan enligt 14 kap 1§ SOL till Socialtjänsten

Datum

Anmälare (den som upplever oron)

Förnamn	Efternamn
Telefon	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 Nej Språk

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.)



SVEDALA KOMMUN

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 Nej

Om nej, varför inte

Känner barnet/den unge till att anmälan görs? Ja Nej

Om nej, varför inte

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

Om ja, beskriv vad.

Underskrift av anmälaren/anmälarna