

Barn- och utbildningsförvaltningen

Ansökan om reducerad förskoleavgift för barn 1-3 år vid behov av särskilt stöd i sin utveckling

Dnr:

Barn

Namn:	Personnr:
Folkbokföringsadress:	
Förskola:	

Vårdnadshavare 1

Namn:	Personnr:
E-post:	Telefon:

Vårdnadshavare 2

Namn:	Personnr:
E-post:	Telefon:

Skäl för ansökan om reducerad förskoleavgift för barn 1-3 år vid behov av särskilt stöd i sin utveckling (skollagen 8 kap 7 §):

- Fysiska skäl
- Psykiska skäl
- Annat skäl

Underlag som styrker skälen för ansökan (bifogas ansökan)

- Läkarutlåtande
- Psykologutlåtande
- Övrigt

Vänd

Redogör för skälen till ansökan (räcker inte utrymmet bifogas en bilaga)

Underskrift

Datum	Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
-------	------------------	------------------

Skickas till Skara kommun, Barn- och utbildningskontoret, Elevhälsa chef, 532 88 Skara