

TAMMIPUISTON KOULU – EKPARKENS SKOLA

Hakemus tukijaksolle Tammipuiston kouluun

pakollinen tieto*

*Oppilaan nimi: _____

*Sosiaaliturvatunnus: _____

*Kotikoulu: _____ *Luokka: _____

*Opettaja kotikoulussa: _____

*Yhteystiedot: _____

*Kotikoulun rehtori, puhelinno: _____

***Omassa koulussa annettu tuki:**

* oppilaskohtaisen tuen toteuttamista koskevan suunnitelma, josta ilmenee sairaalaopetuksen tarve, **liitteenä**, pvm:

***sairaalaopetuksen konsultaatiopalvelun antama tuki, mikä:**

***Hoitokontakti**

***liitteenä** psykiatrisen hoitotiimin selvitys tai lausunto sairaalaopetuksen tarpeesta, pvm:

***Tuen tarve sairaalakoulussa:**

***Moniammatillinen ryhmä on keskustellut asiasta (pvm):**_

***Oppilas kuultu (pvm + oppilaan kommentti):**___

***Huoltajaa kuultu (pvm + huoltajan kommentti):**_
