

## Särskilt behovsunderlag för ansökan till Ellen Fries resursenhet

Denna blankett ska fyllas i och skickas in av avlämnande grundskola i samråd med vårdnadshavare. Blanketten skickas direkt till Ellen Fries gymnasium (se uppgifter på sista sidan), intresseanmälan görs i Dexter (Ellen Fries gymnasium).

**Intresseanmälan kommer ej behandlas utan inskickat behovsunderlag**

**Gäller för antagningsåret 20**

### Kontaktuppgifter sökande (fylls i av vårdnadshavare och elev)

|                  |  |              |            |              |
|------------------|--|--------------|------------|--------------|
| Förnamn          |  | Efternamn    |            | Personnummer |
| Adress           |  |              | Postnummer | Ort          |
| Telefon          |  | E-postadress |            |              |
| Avlämnande skola |  |              |            | Klass        |
| Vårdnadshavare 1 |  |              |            |              |
| Telefon          |  | E-postadress |            |              |
| Vårdnadshavare 2 |  |              |            |              |
| Telefon          |  | E-postadress |            |              |

### Behov av plats på Ellen Fries resursenhet (fylls i av vårdnadshavare och elev)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ange skäl<br><input type="checkbox"/> Medicinska skäl (utlåtande/intyg från exempelvis läkare, psykolog bifogas)<br><input type="checkbox"/> Sociala skäl (utlåtande/intyg från exempelvis läkare, psykolog bifogas)<br><input type="checkbox"/> Annat skäl (utlåtande/intyg bifogas) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Elevers externa nätverk (fylls i av vårdnadshavare)

Ange vilken/vilka av nedanstående eleven har kontakt med

|                                               |                                                                              |                                    |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psykiatrin           | Pågående kontakt<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Kontaktperson och kontaktuppgifter |
| <input type="checkbox"/> Habiliteringen       | Pågående kontakt<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Kontaktperson och kontaktuppgifter |
| <input type="checkbox"/> Socialtjänsten       | Pågående kontakt<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Kontaktperson och kontaktuppgifter |
| <input type="checkbox"/> Omsorgsförvaltningen | Pågående kontakt<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Kontaktperson och kontaktuppgifter |
| <input type="checkbox"/> Annat/andra          | Pågående kontakt<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Kontaktperson och kontaktuppgifter |

**Följande utredningar är gjorda för den sökande** (fylls i av vårdnadshavare)

| Utredning                                       | Genomförd av | Årtal |
|-------------------------------------------------|--------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Psykologisk            |              |       |
| <input type="checkbox"/> Dyslexi/läs- och skriv |              |       |
| <input type="checkbox"/> Dyskalkyli/matematik   |              |       |
| <input type="checkbox"/> Logopedisk             |              |       |
| <input type="checkbox"/> Annan utredning        |              |       |

**Kontaktuppgifter avlämnande skola** (fylls i av avlämnande skola)

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| Överlämningsansvarig       |                            |
| Telefonnummer/e-postadress |                            |
| Mentor                     | Telefonnummer/e-postadress |
| Specialpedagog             | Telefonnummer/e-postadress |
| Studie- och yrkesvägledare | Telefonnummer/e-postadress |
| Skolsköterska              | Telefonnummer/e-postadress |
| Kurator                    | Telefonnummer/e-postadress |

**Anledning till ansökan** (fylls i av avlämnande skola)

|  |
|--|
|  |
|--|

**Stöd och insatser** (fylls i av avlämnande skola)

|                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beskriv extra anpassningar, särskilt stöd och resultaten av insatserna. Om det har funnits skolfrånvaro, beskriv insatserna för att öka närvaron                                                                                                 |
| Eleven har fått stöd i form av<br><input type="checkbox"/> Särskild undervisningsgrupp <input type="checkbox"/> Anpassad studiegång <input type="checkbox"/> Enskild undervisning <input type="checkbox"/> Distansundervisning som särskilt stöd |

**Har sökande haft hög frånvaro?** (fylls i av avlämnande skola)
☐ Ja      %      ☐ Nej
**Ämnen med godkända betyg från HT år 9** (fylls i av avlämnande skola)**Kunskapsnivå. Kryssa i vilka ämnen eleven läser och vilken kunskapsnivå ni bedömer eleven ligger på** (fylls i av avlämnande skola)

|                                                                   | Förväntas nå<br>slutbetyg | Nivå år 8-9              | Nivå år 6-7              | Lägre nivå               |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svenska                                                           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Engelska                                                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matematik                                                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Biologi                                                           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fysik                                                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kemi                                                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teknik                                                            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Geografi                                                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Religion                                                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Samhällskunskap                                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Historia                                                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Idrott<br><i>Har klarat av simningen</i> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bild                                                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemkunskap                                                        | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Musik                                                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Slöjd                                                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Överlämnande skola skickar in matriser i ej avklarade ämnen där det tydligt framgår vilka eventuella delar/betygsnivåer som är uppnådda. För kommunala skolor räcker det att Unikum fylls i.

**Elevens mål med studierna** (t.ex. bli behörig till ett yrkesprogram)**Elevens beskrivning av sin skolsituation och behov i undervisningen** (fylls i av avlämnande skola tillsammans med elev)**Denna bilaga samt underlag/intyg lämnas till skolan på något av nedanstående sätt****Post**

Uppsala kommun  
Ellen Fries gymnasium  
Karin Sandberg  
753 57 Uppsala

**Mejl**

karin.sandberg2@upsala.se via *säkra meddelanden* om avlämnande skola tillhör Uppsala kommun.

**Lämnas**

I ett kuvert märkt med Karin Sandberg till Expeditionen på Västra Strandgatan 11.

**Underskrift**

Jag godkänner att denna blankett samt inskickade intyg får läsas av skolan där ansökan behandlas, det vill säga sökt skola/huvudman.

Inskickad blankett är en bilaga för intresseanmälan till resursenhetens IMA.

|                                                                                                                     |                             |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Datum                                                                                                               | Sökande underskrift         | Namnförtydligande |
| Vårdnadshavare är informerad om innehållet i blanketten<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                             |                   |
| Datum                                                                                                               | Vårdnadshavares underskrift | Namnförtydligande |