

Önskemål om praktik på Stadsmissionens gymnasiesärskola

Elevens namn _____

Elevens skola _____

Program som praktik önskas på _____

Kontaktperson angående praktik på nuvarande skolan:

Namn _____

Telefon _____ E-post _____

Önskemål skickas till:

Maritta Leijonmalm, Lövholmsvägen 18, 117 43 Stockholm

E-mail: maritta.leijonmalm@stadsmissionen.se

Telefon: 08-563 08 313

Information inför praktik på stadsmisionens gymnasiesärskola

Elevens namn _____

Personnummer _____ Telefon _____

Gatuadress: _____

Postadress: _____

Vårdnadshavare _____

Telefon arbete _____ Telefon mobil _____

Vårdnadshavare _____

Telefon arbete _____ Telefon mobil _____

Nuvarande skola _____

Adress skola _____

Lärare _____ Telefon _____

Går nu i årskurs _____ Gruppstorlek _____

Skolform _____

Hur reser eleven till skolan? Skolskjuts _____ Kommunalt _____

Mottagen i särskola år _____ Utredning gjord år: _____

Allergi: _____

Hur mycket personligt stöd behöver eleven?

Lektionstid: _____

Övrigt som rör skolsituationen:

Teoretiska kunskaper _____

Specialintressen/ tycker om _____

Tycker inte om: _____

Rädd för _____

Simkunskaper _____

Tidigare praktikplatser _____

Uppgiftslämnare/mentor _____

Vårdnadshavare godkänner att elev får åka med i personals/skolans bilar Ja _____ Nej _____

Vårdnadshavare godkänner att mottagande skola får denna information:

Vårdnadshavarens namnteckning _____

Vårdnadshavarens namnteckning _____

Observera: Informationen makuleras om eleven inte börjar på Stadsmissionens gymnasiesärskola