**SOCIALTJÄNSTENS INFORMATION TILL FÖRSKOLA/SKOLA VID FAMILJEHEMS- ELLER HVB-HEMSPLACERING**

**Kontaktuppgifter och eventuella restriktioner**

|  |  |
| --- | --- |
| Barnets förnamn och efternamn | Personnummer |
| Vårdnadshavare, namn, adress, telefon | Vårdnadshavare, namn, adress, telefon |
| Familjehem/HVB-hem, namn, telefon och adress | Lagstöd och typ av placering |
| Har barnet skyddade personuppgifter eller hemlig vistelseort  Ja  Nej | |
| Finns förbud/restriktioner kring förskolans**/**skolans kontakt med barnets vårdnadshavare/förälder eller kring vem som får hämta barnet?  Ja  Nej  Om ja, beskriv: | |

**Uppgifter om barnets nuvarande hälsa och utveckling, av betydelse för barnets situation i förskolan/skolan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Långvarig sjukdom/funktionsnedsättning | Ja  Nej  Ej känt | Om ja, beskriv: |
| Allergier | Ja  Nej  Ej känt | Om ja, beskriv: |
| Medicinering | Ja  Nej  Ej känt | Om ja, beskriv: |
| Återkommande sömnsvårigheter, huvudvärk, magont eller andra psykosomatiska besvär | Ja  Nej  Ej känt | Om ja, beskriv: |
| Utagerande problematik | Ja  Nej  Ej känt | Om ja, beskriv: |
| Oro, ängslan | Ja  Nej  Ej känt | Om ja, beskriv: |
| Missbruk | Ja  Nej  Ej känt | Om ja, beskriv: |
| Tidigare trauma | Ja  Nej  Ej känt | Om ja, beskriv: |
| Beskriv barnets styrkor | | |
| Barnets särskilda intressen | | |
| Övrigt | | |
| Vårdnadshavare har samtyckt till att information lämnas till mottagande förskola/skola  En  Båda  Ingen  Eleven har samtyckt till att information lämnas till mottagande skola (efter ålder och mognad)  Ja  Nej  Barnet/eleven har informerats om innehållet i informationen  Ja  Nej  Om samtycke saknas överlämnas information, efter individuell prövning, till mottagande förskola/skola med stöd av generalklausulen (10 kap. 27 §) | | |
| Datum    Ansvarig för sammanställningen, Namn och titel | | |