

Ansökan om individuell insats

Vid frågor eller funderingar kring ansökan kan ni kontakta vår mottagning på telefon 08-123 354 50.

Ansökan gäller (barnet)

Namn	Personnummer
Adress och postort	

Förskola/skola

Förskolans/skolans namn och avdelning/klass	Telefonnummer
---	---------------

Vårdnadshavare

Namn	Namn
Behov av tolk (ange språk)	

Kryssa i de områden ni önskar arbeta med

- Kommunikation/språk Matsituationer/ätproblematik Sömn
 Toasituationer Problembeteenden Socialt samspel/lek

Ditt barn kan få hjälp av **fysioterapeut**

- Jag/vi önskar kontakt med er angående motorik Ja Nej

Som förälder kan du få stöd av **kurator**

- Jag/vi önskar kontakt med kurator genom Telefon Kallelse via brev

Beskriv barnets svårigheter

(använd gärna baksidan om ni önskar att skriva mer)

Underskrift vårdnadshavare samt datum

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Ort och datum

Blanketten ska skickas till;

Autismcenter små barn, Box 17056, 104 62 Stockholm