

ANMÄLAN TILL TUFF-UTBILDNING

med start vecka 24-25



FÖRÄLDRAR

Namn: personnr:

Namn: personnr:

Adress:

Telefon hem: Telefon arb:(pappa) (mamma)

Mobiltelefon:(pappa) (mamma)

E-post:

BARN

Döv/hsk

Dagis

Fritids

Syskon-
utbild

Namn: personnr:

Namn: personnr:

Namn: personnr:

Namn: personnr:

Har något av barnen tilläggshandikapp, astma, allergi el dyl?

Ja (namn)..... Nej

Har barnet assistent? Ja Nej

Er kontaktperson i hemkommunen:

Namn: Telefon:

Vilken pedagogisk hörselvård tillhör ni/du?

Har ni/du genomgått landstingets habilitering vecka 1–2 (eller har ni/du motsvarande kunskaper)?

Ja (intyg bifogas) Nej

Något annat som ni vill att vi ska veta (t ex behov av veg kost eller specialkost)?

.....
.....

Datum

Underskrift

.....

**Insändes senast 15 april till
Härnösands folkhögskola, TUFF,
Box 14, 871 21 Härnösand**

Folkhögskolans noteringar:

Ank Ant Res Medd Lt CSN