

Anmälan afasikurs

Edelviks folkhögskola



Anmälan skickas till Edelviks folkhögskola, 937 32 Burträsk

Anmälan till höstterminen ☐

Anmälan till vårterminen ☐

Namn _____ Personnr _____

Adress _____

Postadress _____

Telefon _____

Mail _____

Önskar du bo på skolan Ja ☐

Nej ☐

Anhörig

Namn: _____

Telefon _____

Mail _____

Det går bra att kontakta anhörig med ev. frågor

Ja ☐

Nej ☐

Logopedintyg

Jag bifogar ett intyg där logoped skriver min diagnos ☐

Logoped

Jag har inte haft kontakt med logoped ☐

Jag har haft kontakt med logoped ☐

Logopedens namn _____

Mottagning _____

Assistans och stöd under skoltid

Jag klarar mig helt själv utan stöd eller hjälpmedel ☐

Jag har personlig assistent med mig under kurstiden ☐

Jag har inte personlig assistent men behöver hjälp med
följande under skoldagen 08.00 – 16.00

Måltider ☐ Hygien ☐ Förflyttning ☐ Toalettbesök ☐ Medicinering ☐

Annat: _____

Assistans och stöd efter skoltid

Behöver du stöd övrig tid så ansöker du hos biståndsbedömare i Skellefteå kommun.

Övriga upplysningar som är bra för oss att veta

(ex. diagnoser, läkemedel, utmaningar eller andra särskilda behov)

Underskrift

Ort

datum

Namnteckning