



<b>Søknad om</b> <b>KOMMUNAL TILRETTELEGGING</b> <b>i barnehage i form av ekstra bemanning.</b> Jfr. Lov om barnehager § 19 g: Barn med nedsatt funksjonsevne	<b>KONFIDENSIELT</b>
---	----------------------

Søknaden gjelder for barnehageår:	Klikk her for å skrive inn tekst.
-----------------------------------	-----------------------------------

<b>Barnet sitt navn:</b> Klikk her for å skrive inn tekst.		<b>Foresatte – MOR:</b> Klikk her for å skrive inn tekst.
Fødselsdato	Klikk her for å skrive inn tekst.	Adr/Postnr/sted: Klikk her for å skrive inn tekst.
Kjønn	Klikk her for å skrive inn tekst.	Tlf/mobil:Klikk her for å skrive inn tekst.
Nasjonalitet	Klikk her for å skrive inn tekst.	<b>Foresatte – FAR:</b> Klikk her for å skrive inn tekst.
Morsmål	Klikk her for å skrive inn tekst.	Adr/Postnr/sted:Klikk her for å skrive inn tekst.
Adresse/Postnr/sted: Klikk her for å skrive inn tekst.		Tlf/mobil:Klikk her for å skrive inn tekst.

<b>Barnehage</b>	Klikk her for å skrive inn tekst.	<b>Styrer:</b>	Klikk her for å skrive inn tekst.
<b>Avdeling:</b>	Klikk her for å skrive inn tekst.		
<b>Adresse:</b>	Klikk her for å skrive inn tekst.	<b>Barnets oppholdstid i barnehagen per uke:</b>	Klikk her for å skrive inn tekst.

<b>Informasjon om og beskrivelse av barnets nedsatte funksjonsevne:</b> Klikk her for å skrive inn tekst.
---

<b>Informasjon om og spesifisering av barnets styrke, interesser og mestringsområder:</b> Klikk her for å skrive inn tekst.
---

<b>Informasjon om barnehagens arbeid for et individuelt tilrettelagt barnehagetilbud:</b> (tilrettelegging, organisering, måloppnåelse m.m.) Klikk her for å skrive inn tekst.
--

**Hvordan skal den kommunale tilretteleggingen til barnet med nedsattfunksjonsevne brukes i barnehagen:** Klikk her for å skrive inn tekst.

**Er det søkt andre instanser:** (for eksempel spesialpedagogisk hjelp, lavterskeltilbud, fysioterapi, tospråklig assistanse, utstyr, støtte til bygningsmessige endringer) Klikk her for å skrive inn tekst.

**Hvilke ressurser benyttes til barnet i inneværende år:**

Spesialpedagogisk hjelp - t/u	Klikk her for å skrive t/u.	Lavterskel veiledning fra spesialpedagogene i Veilednings- og utviklingstjenesten	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Ekstra bemanning	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Fysioterapi	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Tospråklig assistanse	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Annet? Klikk her for å skrive inn tekst.	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

**Vedlagt dokumentasjon på barnets nedsatte funksjonsevne fra:**

**Datert**

Klikk her for å skrive inn tekst.

**Det søkes om kommunal tilrettelegging i barnehagen i form av ekstra bemanning**  
- antall timer i uken for dette barnet:

Klikk her for å skrive inn tekst.

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift foreldre/foresatte

Underskrift barnehagens styrer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Søknad sendes til

**Grimstad kommune, Veilednings- og utviklingstjenesten,**

**Postboks 123,**

**4891 Grimstad**