INSKRIVNING INTRODUKTIONSPROGRAM

MARKS GYMNASIESKOLA

Ankomst/diarienr: .....

År: _____ **Datum för skolstart:** _____

Elevens namn		Personnummer
Gatuadress		Telefon
Postnummer	Ort	
Namn vårdnadshavare 1		Telefon
Namn vårdnadshavare 2		Telefon

Introduktionsprogram:

☐ IMA ☐ IMY yrkesintroduktion ☐ IMV inriktning: _____

Byte från	Byte till

Mål med utbildningen:

☐ Nationellt program, yrkesförberedande ☐ Nationellt program, studieförberedande

☐ IMV eller IMY ☐ Arbete

Syfte med utbildningen:

Övrig info

Antal betyg eleven har med sig sedan tidigare och vilka ämnen:

MARKS GYMNASIESKOLA

Ämnen vi erbjuder på IMA och IMV:

Kryssa för de ämnen du har som målsättning att läsa in!

- ☐ Bild
- ☐ Biologi
- ☐ Engelska
- ☐ Engelska gy
- ☐ Hemkunskap
- ☐ Historia
- ☐ Idrott och hälsa
- ☐ Matematik
- ☐ Matematik gy
- ☐ Musik
- ☐ Samhällskunskap
- ☐ Svenska
- ☐ Svenska som andraspråk
- ☐ Svenska gy
- ☐ Studietid
- ☐ Truckförarutbildning
- ☐ Lärlingsliknade upplägg (IMY), apl tre dagar/vecka

Vid inskrivning:

Elevens underskrift	Ort och datum

.....

Beslut:

☐ *Beviljas* ☐ *Beviljas ej*

Beslutfattares underskrift	*Datum*
Namnförtydligande	

Registrering:

Rektors/delegats beviljande av plats på introduktionsprogram ska registreras i elevsystemet.

☐ *Registrerat*

Rektors/delegats signatur	*Datum*

MARKS GYMNASIESKOLA

Information från avlämnande skola

Avlämnande skola	Klass
Mentor/studiehandledare	Telefon

Kortfattad beskrivning av elevens starka sidor eler intressen med tanke på praktik eller UF samt övrig information:

Eleven har under grundskolan fått stöd i följande ämnen och sätt:

☐ Svenska _____

☐ Engelska _____

☐ Matematik _____

☐ Annat ämne _____

_____

Stödbehovet bekräftas av följande utredningar:

☐ Pedagogisk utredning ☐ Medicinsk utredning

☐ Logopedisk utredning ☐ Läs-/skrivutredning

☐ Psykologisk utredning ☐ Annan utredning: _____

Jag/vi tillåter att behörig personal på den mottagande skolan tar del av ovan angiven utredning:

Elevens underskrift	Ort och datum
Vårdnadshavares underskrift	Ort och datum
Vårdnadshavares underskrift	Ort och datum