

Ansökan om 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)	

Vad är viktigt för er att få hjälp med?

--

Har ert barn behov av att träffa fysioterapeut eller arbetsterapeut?

Ja, gällande

- Grovmotorik (exempelvis balans och koordination)
- Finmotorik (exempelvis greppa bestick, penna eller knäppa knappar)
- Tågång (barnet går mycket på tå)

Underskrift vårdnadshavare samt datum

Datum

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Blanketten ska skickas till;

Autismcenter små barn, Box 17056, 104 62 Stockholm