

**SVENSKA SKOLAN FÖR SYNSKADADE**

Parisgränden 2 A 2  
00550 HELSINGFORS

[www.blindskolan.fi](http://www.blindskolan.fi)



**ANMÄLAN OM BARN MED SYNNEDESÄTTNING  
SOM ANVÄNDARE AV STÖDTJÄNSTER VID  
SVENSKA SKOLAN FÖR SYNSKADADE**

Barnets namn: \_\_\_\_\_ Soc.signum: \_\_\_\_\_

Hemkommun: \_\_\_\_\_

Blind, grav synskada ( )

Synsvag, (Lätt, måttlig eller uttalad) ( )

Tillägghandikapp: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefon: Hem: \_\_\_\_\_

Jobb: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Kontaktuppgifter till vårdnadshavare på annan adress än barnet:

\_\_\_\_\_

Skola och klass: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Tel och e-post: \_\_\_\_\_

Klasslärare: \_\_\_\_\_

Speciallärare: \_\_\_\_\_

Assistent: \_\_\_\_\_

Vänligen sänd även närmare information om barnets synstatus t.ex. en kopia av senaste epikris från sjukhus eller ögonläkare.

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Vårdnadshavarnas underskrift:

\_\_\_\_\_