

## UPPGIFTER OM ELEVEN INFÖR BESÖK VID FONIATRISKA POLIKLINIKEN

(För läraren att fylla i)

Datum: \_\_\_\_\_  
 Elevernas namn: \_\_\_\_\_ Personbeteckning: \_\_\_\_\_  
 Klass: \_\_\_\_\_ Elevantalet i klassen: \_\_\_\_\_  
 Skola: \_\_\_\_\_  
 Läraren: \_\_\_\_\_ Tfn. \_\_\_\_\_

Enligt hurdan läroplan studerar eleven:

- allmänt stöd                       delvis individualiserad läroplan  
 effektiviserat stöd                 helt individualiserad läroplan  
 särskilt stöd

Beskriv undervisningsupplägget noggrannare:

\_\_\_\_\_

Har det för eleven utarbetats en läroplan eller individuell plan för hur undervisningen skall ordnas (HOJKS)? När har denna plan gjorts upp?

\_\_\_\_\_

Finns det en assistent eller annan extra personal i klassen?

\_\_\_\_\_

	hela tiden	delvis	inte alls
Använder eleven hörapparat i skolan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Används ett FM-system under lektionerna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Förekommer det problem med att använda eller höra apparaterna? Beskriv noggrannare:

\_\_\_\_\_

## LÄROÄMNINGEN

Bedöm elevens färdigheter jämfört med målsättningarna i hans läroplan.

	inga svårigheter	vissa svårigheter	stora svårigheter
1) Mekanisk läsning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Läsförståelse:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Rättskrivning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Att uttrycka sig i skrift:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Matematik:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Främmande språk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv elevens eventuella svårigheter i ovan nämnda färdigheter:

---

---

**KORT BESKRIVNING AV FÖLJANDE SAKER:**

Elevens styrkor: \_\_\_\_\_

---

Orsaker till oro angående inläringen: \_\_\_\_\_

---

Elevens skolframgångar överlag: \_\_\_\_\_

---

Andra anmärknigar angående elevens skolgång (t.ex. beteende, sociala färdigheter, koncentration/uppmärksamhet, utförande av skoluppgifter, motivation till inläring, humör):

---

Elevens förmåga att uttrycka sig i och förstå tal:

---

**SPECIALUNDERVISNING**

Lärare: \_\_\_\_\_ Tfn. \_\_\_\_\_

Eleven får nu specialundervisning i läsfärdigheter \_\_\_\_\_ min. i veckan  
i matematik \_\_\_\_\_ min. i veckan  
på grund av ljudningsfel \_\_\_\_\_ min. i veckan

Har eleven tidigare fått specialundervisning (i vilka ämnen, när)?

---

**STÖDUNDERVISNING**

Eleven får just nu stödundervisning \_\_\_\_\_ min. i veckan (lista läroämnena)

Klarar sig eleven enligt din bedömning i framtiden i den nuvarande undervisningsformen?

klarar sig säkert     klarar sig sannolikt     torde klara sig med stöd

klarar sig sannolikt inte

Underteckning och namnförtydligande \_\_\_\_\_

Tack för att du tog dig tid att svara på frågorna!

**Samarbetshälsningar från personalen på Foniatriska polikliniken**