

## FRAMSTÄLLAN OM UNDERVISNING I SÄRSKOLA ENLIGT SKOLLAGENS 7 KAPITEL § 5

### AVSER

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Rektor	Kommun

Läkarutlåtande

Pedagogiskt utlåtande

Psykologutlåtande

Social utredning

1 Underskrift vårdnadshavare	Ort och datum
2 Underskrift vårdnadshavare	Ort och datum

---

### BESLUT enligt delegationsordningen i kommunen för särskild skolplikt

Medgives undervisning i särskola med följande skolplacering:
Medgives ej undervisning i särskola. Motivering:

Ort och datum
Beslutsfattare

**Ansökan skickas till:** Rektor, Mockfjärdsskolan  
Gagnefs kommun, Barn- och utbildning  
785 61 Djurås

### BESVÄR

*Om Du som vårdnadshavare inte är nöjd med det fattade beslutet kan Du överklaga hos skolväsendets överklagarnämnd. Skrivelsen sänder Du till skolsektionen inom 3 veckor från den dag Du fick del av beslutet. Tala om varför Du anser att beslutet skall ändras och vilken ändring Du vill ha. Underteckna skrivelsen och uppge Ditt namn och adress (gärna också personnummer och telefonnummer).*

<b>Postadress</b> Gagnefs kommun 785 80 Gagnef	<b>Besöksadress</b> Färjbacksvägen 5 Djurås	<b>Växel</b> 0241-15100 <b>Fax</b> 0241-15101	<b>E-post</b> info@gagnef.se <b>Hemsida</b> www.gagnef.se	<b>Bankgiro</b> 472-4134 <b>Org.nr.</b> 212000-2155	<b>Exp.</b>
--	---	--	--	--	-------------