

Blanketten skickas till

**Specialpedagogiska skolmyndigheten**  
Box 1100  
871 29 Härnösand

## Habiliteringsutlåtande för ansökan till Rh-anpassad utbildning

Habiliteringsutlåtande ska beskriva den sökandes rörelsehinder och behov av habilitering.

Utlåtandet ska skrivas av den professionen på habiliteringen med bäst kännedom om den sökande **och ska bifogas ansökan.**

Om textrutorna inte räcker till, bifoga resten av texten som en bilaga till denna blankett.

### Personuppgifter

Namn	Personnummer (tio siffror)
------	----------------------------

### Diagnos

Ange diagnos
--------------

### Beskrivning av rörelsehinder

Beskriv rörelsehindret och dess svårighetsgrad, samt påverkan på balans med mera
--

Ange nivå enligt grovmotorisk klassifikation (GMFCS)

Ange nivå enligt klassifikation för manuell förmåga (MACS)

Beskriv hur rörelsehindret påverkar den sökandes skolgång

## Övriga funktionsnedsättningar

Ange eventuell annan funktionsnedsättning

Beskriv hur funktionsnedsättningen påverkar den sökandes skolgång

## Beskrivning av habiliteringsbehov

Vilken habilitering pågår, exempelvis deltagande i aktiviteter, träffar med olika yrkeskategorier?

Ange frekvens och omfattning av pågående habilitering (exempelvis två timmar, en gång per månad)

Har den sökandes habiliteringsbehov blivit tillgodosett i grundskolan?

Ja

Nej

Om Nej, vad har saknats?

Vilken habilitering har den sökande behov av under sin skoldag?

Ange frekvens och omfattning av habilitering under skoldagen (exempelvis två timmar, en gång per månad)

## Varför är det viktigt ur habiliteringssynpunkt med Rh-anpassad utbildning?

Beskriv varför det ur habiliteringssynpunkt är viktigt att den sökande går en Rh-anpassad utbildning

## Vid ansökan om elevhemsplats

För att få plats på elevhem ska den sökande ha mer än två timmars resväg mellan bostad och skola, eller ha särskilda skäl så som att funktionsnedsättningen påverkar möjligheterna att klara dagliga resor.

Härmed intygar	att	har behov av elevhemsplats
Motivera varför den sökande har behov av elevhemsplats		

## Hälso- och sjukvårdsansvarig läkare

Ange vem som är hälso- och sjukvårdsansvarig läkare i den sökandes hemregion (svaret på denna fråga underlättar för planering och hantering av bland annat hjälpmedel och utomlänsvård för den sökande)
---

## Utlåtande utfärdat av

Arbetsplats/verksamhet	Kontaktuppgifter (telefon/mejladress)
Ort	Datum
Underskrift	
.....	
Namnförtydligande	Yrkesroll