

# Henvendelse til gruppekurser for skoleelever med synsnedsettelse

Dags dato:

Kursus/uge, som henvendelsen drejer sig om:

## Henvendelsen vedrører

Navn:\*

Cpr. nr. (angives ddmmåå-xxxx):\*

Adresse:\*

Postnr. og by:\*

## Kontaktinformation på forælder et

Navn:\*

Cpr. nr.:\*

Telefon:\*

Adresse:\*

Postnr. og by:\*

## Kontaktinformation på forælder to

Navn:\*

Cpr. nr.:

Telefon:\*

Adresse:\*

Postnr. og by:\*

## Samtykke fra forældre

Samtykke fra forældre til denne henvendelse (ved fælles forældremyndighed skal begge forældre give samtykke):\*

Ja - mor

Ja - far

## Syn mv.

Visus samt dato for seneste måling:

Diagnose(r):

## Elevens problemstillinger og primære mål med kurset (stikord)

Fagligt:

Socialt:

Opmærksomhedspunkter og særlige hensyn:\*

## **Oplysninger om henvender**

Navn:\*

Telefon:\*

E-mail:\*

Stilling eller relation til barnet/den unge:\*

Gem henvendelseskemaet på din PC og send det til [synscenter-refsnaes@regionsjaelland.dk](mailto:synscenter-refsnaes@regionsjaelland.dk)