



LULEÅ KOMMUN

Socialförvaltningen
Verksamhet funktionshindrade

PEDAGOGISKT UTLÅTANDE FRÅN SKOLAN

inför övergång till sysselsättning via Socialförvaltningen

Fyll i så utförligt som möjligt. Inom parentes ges *exempel* på frågor som bör besvaras och information som önskas.

PERSONENS NAMN:**PERSONNUMMER :****BOSTADSADRESS:****TELEFON:****TELEFON ANHÖRIG / PERSONAL:****SOCIALT NÄTVERK OCH STÖD:****FUNKTIONSHINDER / DIAGNOS SAMT EV. HJÄLPMEDEL:****STUDIER** (Vilken skola? Vilken typ av handledning har behövts? Arbetat självständigt? Anpassningar? Muntliga/skriftliga instruktioner? Kunskaper - läser, skriver, räknar? Kommunikation? Frånvarofrekvens? Meddelat frånvaro? Ansökt om ledighet i god tid?):**PRAKTIK** (Arbetsplatser? Arbetsuppgifter? Handledning? Självständighet? Anpassningar? Muntliga/skriftliga instruktioner? Orsak till avslut? Frånvarofrekvens? Meddelat frånvaro? Ansökt om ledighet i god tid? Färdig till/från praktik? Ordnat egen lunch? Positiva/negativa erfarenheter från praktik?):

ÖNSKAD SYSSELSÄTTNING (Arbetsområden? Arbetsuppgifter? Arbetsmoment?):

RESURSER, BEGRÄNSNINGAR OCH SÄRSKILDA BEHOV (utifrån arbetsförmågan, när det gäller t ex motivation, ansvarstagande, initiativtagande, tidspassning, social förmåga, samarbetsförmåga, självständighet, problemlösningsförmåga, omdöme, hygien):

RESURSER:

BEGRÄNSNINGAR:

SÄRSKILDA BEHOV:

ÖVRIGT:

KONTAKTPERSONER (t ex lärare, kurator, LSS-handläggare etc, gärna med tfn-nr och/eller e-postadress):

IFYLLT AV:

(namn)

(skola)

(datum)