

Mäntykallion sairaalaopetuksen erityisopettajan ennakkotietolomake konsultaatiota varten

Päivämäärä ____ . ____ .20 ____

Oppilas- /luokkatiedot	Oppilaan nimi / luokka		Oppilaan syntymäaika				
	Osoite		Kotikunta				
Yhteydenottajataho	Koulu / varhaiskasvatusyksikkö						
	Yhteydenottajan nimi, toimenkuva suhteessa konsultaation kohteeseen						
	Puhelinnumero		Sähköpostiosoite				
	Paras ajankohta tavoittaa puhelimitse						
Vanhemmat / huoltajat	☐ Huoltaja	Sukunimi		Etunimi			
	☐ äiti	Puhelin	Sähköpostiosoite				
	☐ isä						
	☐ muu						
	☐ Huoltaja	Sukunimi		Etunimi			
	☐ äiti	Puhelin	Sähköpostiosoite				
	☐ isä						
	☐ muu						
	☐ Huoltaja	Sukunimi		Etunimi			
	☐ äiti	Puhelin	Sähköpostiosoite				
	☐ isä						
	☐ muu						
Suostumus ja huoltajan allekirjoitus	Annan suostumukseni, että Mäntykallion sairaalaopetusyksikön konsultoiva erityisluokanopettaja tekee yhteistyötä ja vaihtaa tarpeellisia tietoja koulunkäynnin tuen järjestämiseksi oppilaan opettajien ja opiskeluhuollon henkilöstön sekä hoito- ja yhteistyötahojen kanssa . Konsultoiva erityisopettaja saa myös luvan tutustua oppilaan pedagogisiin asiakirjoihin ja osallistua yksilökohtaisen opiskeluhuollon verkostopalaveriinhin sekä muihin oppilasta koskeviin palaveriinhin.						
	Päiväys		Allekirjoitus ja nimenselvennys				
Konsultaation kohde	Konsultaatiopyyntömme koskee ☐ yksittäistä oppilasta koskeva konsultaatio ☐ oppilasryhmää koskeva konsultaatio ☐ useampaa oppilasryhmää koskeva konsultaatio ☐ muu aihe, mikä?						
Toive konsultaation toteutuksesta	Konsultaation toteutus ☐ puhelinkonsultaatio ☐ oppimistilanteiden ja kouluarjen seuraaminen sekä keskustelu & konsultaatio sen pohjalta ☐ verkostopalaveriinhin osallistuminen ☐ muu, mikä?						
	Voit kertoa vielä toiveestasi tähän tarkemmin:						