

Mäntykallion sairaalaopetuksen erityisopettajan ennakkotietolomake konsultaatiota varten

Päivämäärä _____.____.20____

Yhteydenottajataho	Koulu / varhaiskasvatusyksikkö			
	Yhteydenottajan nimi, toimenkuva suhteessa konsultaation kohteeseen			
	Puhelinnumero	Sähköpostiosoite		
	Paras ajankohta tavoittaa puhelimitse			
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 ☐ verkostopalaveriin osallistuminen ☐ muu, mikä?			
Oppilas- /luokkatiedot Täytetään vain haettaessa yksittäistä oppilasta koskevaa konsultaatiota.	Oppilaan nimi / luokka		Oppilaan syntymäaika	
	Osoite		Kotikunta	
Vanhemmat / huoltajat Täytetään vain haettaessa yksittäistä oppilasta koskevaa konsultaatiota.	☐ 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 Täytetään vain haettaessa yksittäistä oppilasta koskevaa konsultaatiota.	Annan suostumukseni, että Mäntykallion sairaalaopetusyksikön konsultoiva erityisopettaja 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 monialaiseen yksilökohtaisen opiskelijahuollon asiantuntijaryhmään sekä muihin oppilasta koskeviin palaveriin.			
	Päiväys	Allekirjoitus ja nimenselvennys		
	Voit kertoa vielä toiveestasi tähän tarkemmin:			