



Konfidentiellt enligt LGru § 40

INDIVIDUELL PLAN (IP) FÖR UNDERVISNINGEN

Särskilt stöd

Elev	Namn	Födelseid
	Skola	Klass
	Klasslärare/klassföreståndare	
Vårdnadshavare		Kontaktuppgifter
Beslut om särskilt stöd	Datum ____ / ____ 20____	Beslutsfattare
Läroplikt	<input type="checkbox"/> Allmän läroplikt inlets _____ <input type="checkbox"/> Förlängd läroplikt inlets _____	
Elevens inlärningsförutsättningar		
Läroämnen och antal åvt		
Allmänna mål		
Hur undervisningen ordnas	<input type="checkbox"/> Specialundervisning på heltid Beskrivning: _____ _____ <input type="checkbox"/> Specialundervisning på deltid <input type="checkbox"/> Kompanjonlärarskap <input type="checkbox"/> Undervisning i klass <input type="checkbox"/> Flexibel gruppering <input type="checkbox"/> Annat, hur? _____	
Individualiserad lärokurser eller studier enligt verksamhetsområden	Ämnen där eleven undervisas enligt individuell plan	

Stödtjänster och hjälpmedel	I undervisningen	
	I hemmet	
	Övriga tjänster	
	Elevvård	
	Skolskjuts, morgon- och eftermiddagsverksamhet	
Samarbete med elev och vårdnadshavare		
Planens uppgörande	Planen uppgjordes av följande personer:	Datum ____ / ____ 20____
	Ansvarig speciallärare	
	Planen har delgivits vårdnadshavarna. Datum ____ / ____ 20____ _____ Vårdnadshavare Vårdnadshavare	
Information	Denna IP får delges mottagande skola oberoende av bestämmelser om sekretess: <input type="checkbox"/> Kryssa för	
Planens granskning	Tidpunkt _____ Ansvarsperson _____	
Utvärdering		

Beslut

Eleven fortsätter med intensifierat stöd med

 samma IP kompletterad IP ny IP

Behov av åtgärder: _____

Pedagogisk utredning påbörjas

 för beslut om intensifierat stöd för beslut om individualisering av lärokurs

Datum ____ / ____ 20____

Deltagare:

Ansvarig speciallärare:

Vårdnadshavaren har informerats: _____
