Skóla þjónusta
Rangárvalla og
Vestur Skaftafellssýslu

Trúnaðarmál

Mótt. dags	Kvittun

Ósk um samtal við sérfræðing frá skóla og/eða forráðamönnum

Ósk frá: ☐ Skóla **og/eða** ☐ Forráðamanni/-mönnum

Samtal við: ☐ Talmeinafræðing **eða** ☐ Sálfræðing

Um annaðhvort: A. Almenna ráðgjöf **eða:** B. Ráðgjöf vegna nemanda

-----x-----x-----

A. Almenn ráðgjöf:

Skóli	
Tengiliður skóla	Starfsheiti

-----x-----x-----

B. Ráðgjöf vegna nemanda (áskilið samþykki forráðamanns):

Nemandi	Kennitala
Forráðamaður/-menn	

-----x-----x-----

Netfang þess sem hafa á samband við (tengiliður skóla EÐA forráðamaður)

Hvort sem er A. eða B., vinsamlega tilgreinið:

Hvað er óskað eftir að ræða: _____

_____

Hvers er vænst af ráðgjöf/leiðsögn: _____

_____

_____

_____

Dagsetning: _____

_____ _____
Forráðamaður (ef við á) Skólastjóri (ef við á)

Sími 487 81 07
skolamal@skolamal.is
skolamal.is
Austurvegur 4
860 Hvolsvöllur