



Umsókn um PMTO meðferð

PMT meðferðarúrræði er einkum ætlað foreldrum barna með hegðunarerfiðleika. Umsókn sendist til verkefnastjóra fjölskylduverndar hjá Félagsþjónustu Sandgerðisbæjar, Garðs og Voga. Menntastofnanir sveitarfélaganna geta í samvinnu við foreldra sótt um þjónustuna en einnig geta foreldrar sótt um sjálfir.

Tilvísandi (nafn stofnunar og starfsmanns/foreldris)

Eru fyrirliggjandi athuganir á barninu? Já ____ nei ____

Nafn barns _____ Kennitala _____

Heimilisfang _____

Skóli og bekkur _____ Bekkjarkennari _____

Nöfn forráðamanna og tengsl (t.d. blóðforeldrar, stjúpfórelldrar, fósturfórelldrar)

Nafn _____ Símanr. _____ Tengsl _____

Nafn _____ Símanr. _____ Tengsl _____

Nöfn og aldur systkina:

Nánari lýsing á heimilisaðstæðum:

Lýsing á erfiðleikum barns á heimili og í skóla:

Staður og dagsetning

Undirritun foreldri

Undirritun foreldri

Undirritun tilvísanda (starfsmanns)

