

Handlingsplanen
avser Läsår 20 ____ / 20 ____
Handlingsplanen
avser Period 20 ____ - ____ - ____ - 20 ____ - ____ - ____

Huvudman	Huvudmannens e-postadress	
Förskola/pedagogisk omsorg	Avdelning/grupp	Åldersindelning
Adress	Postnummer och ort	
Förskolechefens e-postadress	Telefonnummer till förskolechef	

Barnets namn	Personnummer	Vistelseid kl. till kl.
--------------	--------------	---

Beskriv barnets styrkor

--

Ge en kortfattad beskrivning av barnets stödbehov

--

Beskriv hur verksamheten anpassats utifrån barnets stödbehov, ex: miljö, material, personal, rutinsituationer, gruppindelning (för fortsatt ansökan beskrivs detta på uppföljningen)

--

Beskriv syftet med insatserna under läsåret utifrån barnets stödbehov

Beskriv förhållningssätt, arbetssätt och hur ofta insatserna ska ges för att tillgodose barnets stödbehov

Handlingsplanen har utformats i samråd med barnets vårdnadshavare

Datum	Vårdnadshavares underskrift	Namnförtydligande
-------	-----------------------------	-------------------

För att genomföra insatserna behövs personalförstärkning

Istället för personalförstärkning behövs _____

Datum	Ansvarig förskollärare för avdelningen	Namnförtydligande
Datum	Förskolechef	Namnförtydligande