**Handlingsplan särskilt stöd**

**Datum**

|  |
| --- |
|  |

Uppgifter om barnet

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
| Vårdnadshavare | Telefonnummer |
| Vårdnadshavare | Telefonnummer |

Uppgifter om förskolan

|  |  |
| --- | --- |
| Förskola | Avdelning |
| Ansvarig rektor | Telefonnummer/e-post |

Har utredning av barnets behov av särskilt stöd gjorts?

[ ]  Ja [ ]  Nej

Ansvarig utredare:

Profession:

Datum:

Barnets behov

Beskriv kortfattat de behov, förmågor och intressen som framkommit i analysen i Utredning av barnets behov av särskilt stöd.

|  |
| --- |
|  |

Stödinsatser utifrån barnets behov

|  |
| --- |
| **Stödinsats 1****På vilken nivå ska stödinsatsen göras?**[ ]  Förskolenivå [ ]  Gruppnivå [ ]  Individnivå**Vilket behov ska tillgodoses? Vad ska insatsen leda till? Vilken stödinsats ska genomföras? Hur ska insatsen göras? När i tid och hur ofta? Vem eller vilka ska genomföra stödinsatsen?** |
| **Stödinsats 2****På vilken nivå ska stödinsatsen göras?**[ ]  Förskolenivå [ ]  Gruppnivå [ ]  Individnivå**Vilket behov ska tillgodoses? Vad ska insatsen leda till? Vilken stödinsats ska genomföras? Hur ska insatsen göras? När i tid och hur ofta? Vem eller vilka ska genomföra stödinsatsen?** |
| **Stödinsats 3****På vilken nivå ska stödinsatsen göras?**[ ]  Förskolenivå [ ]  Gruppnivå [ ]  Individnivå**Vilket behov ska tillgodoses? Vad ska insatsen leda till? Vilken stödinsats ska genomföras? Hur ska insatsen göras? När i tid och hur ofta? Vem eller vilka ska genomföra stödinsatsen?** |

**Samverkan med andra aktörer**

Pågår samverkande insatser med andra aktörer kan detta beskrivas här. Det kan till exempel vara med Barn- och ungdomshabiliteringen, Barn- och ungdomspsykiatrin, Logopedmottagning med flera.

|  |
| --- |
|  |

**Har vårdnadshavare tagit del av handlingsplanen?**

[ ]  Ja

[ ]  Nej

**Ansvarig för handlingsplanen**

Örebro den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namn, profession

**Utvärdering av handlingsplan**

**Datum**

|  |
| --- |
|  |

**Resultat av stödinsatserna**

Har stödinsatserna lett till det vi önskade? På vilket sätt har stödinsatserna bidragit? Finns det annat som har påverkat resultatet? Vad av det vi gjort behöver fortsätta? Vad behöver förändras?

|  |
| --- |
|  |

**Barnets upplevelse av sin förskolesituation**

Hur upplever barnet sin förändrade förskolesituation? Hur visar det sig?

|  |
| --- |
|  |

**Beslut**

[ ]  Handlingsplanen fortsätter [ ]  Handlingsplanen avslutas [ ]  Ny handlingsplan upprättas