



Umsókn um PMT úrræði Félagsþjónustu Fljótsdalshéraðs

PMT meðferðarúrræði er einkum ætlað foreldrum barna með hegðunarerfiðleika.

Tilvísun sendist til Félagsþjónustu Fljótsdalshéraðs, Lyngáasi 12.

Stofnanir þjónustusveitarfélaga í samvinnu við foreldra geta sótt um þjónustuna en einnig geta foreldrar sótt um sjálfir.

Tilvísandi (nafn stofnunar og starfsmanns/foreldris):

Eru fyrirbyggjandi athuganir á barninu? Já__ Nei__

Vinsamlegast sendið fyrirbyggjandi skýrslur um barnið með umsókn ef við á.

Tekur barnið lyf? Já__ Nei__ Ef já, þá hvaða lyf? _____

Nafn barns _____ Kennitala _____

Heimilisfang _____

Skóli og bekkur _____ Bekkjarkennari _____

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

Nafn _____ Símar _____ Tengsl _____

Nafn _____ Símar _____ Tengsl _____

Nöfn og aldur systkina:

Nánari lýsing á heimilisaðstæðum (ef vill):

Lýsing á erfiðleikum barns á heimili og í skóla:

Staður og dagsetning

Undirskrift tilvísanda ef við á

Undirskrift foreldra
