

**LÄHETE****Pvm****Koulupsykologin oppimisvaikeustutkimuksiin/-tapaamisiin**

|   |                    |
|---|--------------------|
| <b>Nimi:</b>  | <b>Luokka:</b>     |
| <b>Syntymäaika:</b>   |                    |
| <b>Lähetäjä</b>   | <b>Koulu:</b>      |
| <b>Puhelin:</b>   | <b>Sähköposti:</b> |
| <b>Allekirjoitus:</b>   |                    |
| <b>Syy:</b>   |                    |
| Koulun tukitoimet:  |                    |
| Huoltaja antaa tiedonsiirtoluvan koulun ja tutkivan tahon välillä oppilasta koskevissa asioissa, jotka liittyvät oppilaan oppimisen tukemiseen ja opetusjärjestelyihin. |                    |
| <b>Huoltajan /huoltajien yhteystiedot:</b>  |                    |
| <b>Nimi:</b>  |                    |
| <b>Puhelin:</b>   |                    |
| <b>Osoite:</b>  |                    |
| <b>Allekirjoitus:</b>   |                    |
| Palautus: koulun erityisopettajalle   |                    |