**Vesannon yhtenäiskoulu**

**Arvio alaikäisen/vajaavaltaisen edun toteutumisesta**

Katson, että nuori on kypsä itse päättämään ko. asian käsittelystä

Katson, että lapsi/nuori ei ole kypsä itse päättämään ko. asian käsittelystä.

Vesannolla \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ . 2018 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kouluterveydenhoitajan/kuraattorin/koulupsykologin nimi ja nimen selvennys.

**Lupa yksilökohtaisen oppilashuollon asiantuntijaryhmän koolle kutsumiseen**

**Annan/annamme** suostumuksen yksilökohtaisen oppilashuollon asiantuntijaryhmän koolle kutsumiseen. Tapaamiseen voivat osallistua seuraavat henkilöt (rastita valinnat):

Perheenjäsenet. Ketkä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terveydenhoitaja

Kuraattori

Opinto-ohjaaja

Erityisopettaja. Kuka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rehtori. Kuka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Psykologi

Sosiaalityöntekijä

Perheneuvolan työntekijä. Kuka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opettaja. Kuka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Joku muu. Kuka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En/emme** anna lupaa yksilökohtaisen oppilashuollon asiantuntijaryhmän koolle kutsumiseen. Ymmärrän, että kielto ei poista huolen syytä. (Mikäli koulun edustaja pitää jatkotoimia oppilaan hyvinvoinnin kannalta välttämättöminä, tekee hän tarvittaessa lastensuojeluilmoituksen.)

Vesannolla \_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_

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

Oppilaan nimi ja luokka Oppilaan allekirjoitus

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

Huoltajan allekirjoitus Huoltajan allekirjoitus

Huoltajalla ei ole oikeuta kieltää alaikäistä käyttämästä opiskeluhuollon palveluja (Pol § 18)