

Utbildningsförvaltningen

Eleven

Elevens namn		Personnummer
Skola		Klass
Rektors namn	Telefonnummer	

Modersmål	Studiehandledningsspråk	Ämne/ämnen
-----------	-------------------------	------------

Studiehandledningens period (minst en termin)	Omfattning tid (timmar/veckan)
-----------------------------------------------	--------------------------------

Ansvariga lärare

Namn klasslärare/ämneslärare
Namn studiehandledare

Presterar eleven bättre i sitt skolarbete efter studiehandledningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis
Kommentar

Är målen för studiehandledningen uppnådda? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis
Kommentar

Har samarbetet mellan klasslärare/ämneslärare och studiehandledare fungerat bra? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Delvis
Kommentar

Ansöker ni om fortsatt studiehandledning nästa läsår? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om svaret är ja, skicka in Ansökan om studiehandledning LK2657.

Lämna utvärderingen till rektor.

Skolan skickar kopia till:

Verksamhetsområde special- och stödverksamhet

Södra Stånggatan 1

581 81 Linköping