



Suostumus	Annan suostumukseni, että Palokankaan koulun konsultoiva erityisopettaja tekee yhteistyötä ja vaihtaa tarpeellisia tietoja koulunkäynnin tuen järjestämiseksi lomakkeessa nimetyn oppilaan opettajien ja oppilashuollon henkilöstön, sekä hoito- ja yhteistyötahojen kanssa. Tarvittaessa konsultoiva erityisopettaja osallistuu yksilökohtaisen oppilashuollon verkostopalaveriin sekä muihin tarvittaviin palavereihin.	
	Päivämäärä ____ / ____ 20 ____	
Oppilaan tiedot	Nimi	Luokka
Huoltaja(t)	Nimi	
	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero
	Osoite	
	Allekirjoitus ja nimenselvennys	
	Nimi	
	Sähköpostiosoite	Puhelinnumero
	Osoite	
	Allekirjoitus ja nimenselvennys	
Koulu	Koulu	Luokka
	Opettaja/erityisopettaja	Puhelinnumero
	Sähköpostiosoite	
	Muu yhteyshenkilö koulussa, esim. psykologi/kuraattori/terveydenhoitaja	
	Sähköpostiosoite	
Oppilaan hoito- ja muut yhteistyötahot	Hoitotaho: lasten- ja nuorisopsykiatria/muu, mikä?	
	Yhteyshenkilö(t)/yhteystiedot	
	Muu yhteistyötaho: lastensuojelu/muu, mikä?	
	Yhteyshenkilö(t)/yhteystiedot	

Tietosuojaseloste ja lisätietoja henkilötietojen käsittelystä www.kajaani.fi/tietosuoja.