



Reykjavíkurborg
Leikskólasvið

Beiðni foreldra um þjálfunarnámskeið fyrir barn með einhverfu í leikskóla

Nafn barns	Kennitala barns
Leikskóli barns	
Nafn foreldris sem fer með forsjá barns	
Heimilisfang foreldris	Símanúmer
Óskað er eftir þjálfunarnámskeiði í: Atferlisþjálfun TEACCH	<i>Fyllist út af deildarstjóra sérfræðiþjónustu</i> Ráðgerður fjöldi starfsmanna sem mun sækja námskeiðið _____

Dagsetning: _____

Undirskrift foreldris

Undirskrift deildarstjóra sérfræðiþjónustu