

Bilaga 2

Kränkande särbehandling – tillbud/händelse Datum: _____

Deltagare: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Gatuadress: _____ Telefon (hem): _____

Postadress: _____ Ev. mobiltelnr: _____

Vårdnadshavare: _____ Telefon: _____

Vårdnadshavare: _____ Telefon: _____

Mentor: _____ Telefon: _____

Arbetsplats/skola: _____ Avd/klass: _____

Arbetsledare/rektor: _____ Telefon (arbete): _____

Tidigare åtgärder:

Planerade åtgärder:

Tidsplan:

Ansvarig för åtgärd:

Befattning:

Uppföljning:

Utvärdering:

Planering av ev nya åtgärder:

Ort och datum:

Underskrift arbetsledare/rektor:

Underskrift arbetstagare/elev:

Underskrift vårdnadshavare:

Underskrift vårdnadshavare:
