|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Barnets, elevens namn (det kränkta barnet)** | | | | **Klass** | | **Personnummer** | | | | | | **Enhet** | | |
| Skriv barnets, elevens namn här | | | | Skriv klass här | | Skriv personnummer här | | | | | | Skriv enhetens namn här | | |
| **Ange skolform** | | | | | | | | | | | | | | |
| Förskola | Förskoleklass | | | | | | | Fritidshem | | | | | Grundskola, grundsärskola  Gymnasieskola, gymnasiesärskola | |
| **Typ av händelse** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kränkning | Trakasserier | | | | | | | Sexuella trakasserier | | | | | Diskriminering | |
| **Ange diskrimineringsgrund** | | | | | | | | | | | | | | |
| Kön | | Etnisk tillhörighet | | | | | | | Religion, trosuppfattning | | | | | Funktionshinder |
| Sexuell läggning | | Ålder | | | | | | | Könsöverskridande identitet | | | | | ☐ Bristande tillgänglighet |
| **Vem har utfört kränkningen?** | | | | | | | | | | | | | | |
| Barn, elev | | | | | Förskolans/Skolans personal | | | | | | Hen | | | |
| Pojke | | | | | Flicka | | | | | | Flera elever | | | |
| **Händelsebeskrivning, ange även var händelsen inträffade**:  Klicka här för att skriva in en kort händelsebeskrivning. | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vilket, vilka datum inträffade händelsen, händelserna?**  Klicka här för att ange datum.  Klicka här för att ange datum. | | | | | | | **När fick förskolan, skolan kännedom om händelsen?**  Klicka här för att ange datum. | | | | | | | |
| **Är utredning inledd?**  Ja  Nej | | | **Ange datum**  Klicka här för att ange datum. | | | | **Är samtliga vårdnadshavare underrättade?**  Ja  Nej | | | | **Ange datum**  Klicka här för att ange datum. | | | |
| **För utredning ansvarar** | | | | | | | **Befattning** | | | | | | | |
| Skriv namn här | | | | | | | Skriv befattning här | | | | | | | |
| **Åtgärder** | | | | | | | | | | | | | | |
| Klicka här för att beskriva de åtgärder som kommer att vidtas eller har vidtagits | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Har elevhälsan kopplats in?**  Om Ja, Klicka här för att ange datum. | Ja |  | Nej |  | | Om svar Ja: Ange yrkeskategori/yrkeskategorier:  Skriv yrkeskategori/er här. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Skriv rektors namn här | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |
| Rektors underskrift | | | | | | | | | | Klicka här för att ange datum. | | | | |

Blanketten skickas till Piteå kommun, Barn- och utbildningsnämnden, Box 730, 941 28 PITEÅ alternativt sparas V:\UBF\Sekretess\BUN\_sekretess