## **Suostumus konsultaatioon**

Annan suostumukseni siihen, että Ruutipuiston koulun konsultaatiotiimi (erityisluokanopettajat Tuukka Raitis ja Rami Virkkala sekä toimintaterapeutti Terhi Mäkinen) tekee yhteistyötä ja vaihtaa tietoja lomakkeessa nimetyn oppilaan oman koulun opettajien ja oppilashuollon henkilöstön, ja hoito- ja yhteistyötahojen kanssa, koulunkäynnin tuen järjestämiseksi. Annan luvan perehtyä konsultaation kannalta tarpeellisiin asiakirjoihin. Oman kunnan erityisestä tuesta vastaavalle asiantuntijalle välitetään tarpeellinen tieto konsultaation piirissä olevista oppilaista. Konsultaatioista kerätään nimetöntä tilastoitavaa tietoa.

|  |
| --- |
| **Oppilaan ja huoltajan perustiedot** |
| Oppilas | Nimi      | Henkilötunnus      |
| Oppilaan puhelinnumero      | Oppilaan sähköpostiosoite      |
| Oppilaan osoite      |
| Huoltaja | Huoltajan nimi      | Sähköpostiosoite      |
| Osoite (jos eri kuin oppilaalla)      | Puh.      |
| Huoltajan nimi      | Sähköpostiosoite      |
| Osoite (jos eri kuin oppilaalla)      | Puh.      |
| Allekirjoitukset | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_oppilas |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_huoltaja | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_huoltaja |
|  |  |  |
| Päivämäärä |      /     20      |
|  | Suostumus on voimassa kuluvan lukuvuoden loppuun. |
|  |  |  |
| **Ruutipuiston koulu täyttää** |
| Konsultoivat työntekijät      |
| Konsultoiva tuki alkaa:      /     20      |

*Täytäthän huolellisesti kaikki kohdat, kiitos!*