

Umsókn um PMT meðferð

PMT er meðferðarúrræði ætlað foreldrum barna með hegðunarerfiðleika. Umsókn sendist til PMT meðferðaraðila þeirrar stofnunar sem skrásetjari starfar á.

Nafn stofnunar sem sendir umsókn :	Skrásetjari:	Dags.:
_____	_____	_____

Eru fyrirbyggjandi athugunanir á barninu ? Já ____ Nei ____ Vinsamlega sendið fyrirbyggjandi skýrslur um barnið með umsókn. Tekur barnið lyf ? Já ____ Nei ____ Ef já þá hvaða lyf: _____

Nafn barns:	
Kennitala:	
Heimilisfang:	
Skóli:	Kennari:
_____	_____

Móðir:	SÍMAR:
Faðir:	SÍMAR:
Aðstæður barns á heimili. Eru foreldrar í sambúð? Hjá hverjum býr barnið? Nafn/aldur systkina?	

Lýsing á erfiðleikum barns á heimili og í skóla:

Ábyrgðaraðili umsóknar

Útfyllt hjá PMT meðferðaraðila
Afhent dags.: _____
Lokið dags. : _____

Forráðamaður samþykkir umsókn