



FJÖLSKYLDUDEILD
AKUREYRARBÆJAR

Umsókn um þátttöku á Snillinganámskeiði Þjálfun í samskiptum, tilfinningastjórn og athygli barna með ADHD

Nafn barns		Kennitala	
Heimili	Póstnúmer	Sími	
		Netfang	
Skóli		Bekkur/deild	
Móðir/stjúpa	Kennitala	GSM	Vinnusími
Faðir/stjúpi	Kennitala	GSM	Vinnusími

Forræðið hefur: móðir, faðir, sameiginlegt, aðrir? _____

Barnið býr hjá: foreldrum móður, föður, öðrum? _____

Er barnið með greiningu?: Nei Já Hvaða greiningu? _____

Tekur barnið lyf?: Nei Já Hvaða lyf? _____

Sterkir/jákvæðir þættir hjá barninu _____

Helsti vandi barns? _____

Athugasemdir foreldra: _____

Dagsetning _____

Undirskrift foreldra/forráðamanna _____