FRAVÆRSDOKUMENTASJON (§3-47 i Forskrift til opplæringsloven)

|  |
| --- |
| UTSTEDER: |
| *Kryss av for aktuell fraværsgrunn. Bruk rubrikken «Annet» hvis ingen avkrysning passer.* |
|   ð Lege  ð Psykolog ð Psykiatrisk sykepleier ð Fysioterapeut ð Helsesøster ð Tannlege ð Barnevern  ð Annet (forklar): |

|  |  |
| --- | --- |
| Elevens navn: | Fødselsdato: |
| Tid for konsultasjon:  Tidspunkt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   | Dokumentasjonen gjelder fraværð I dag mellom kl \_\_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ð I hele dagð Utover dagen i dag (se under) |
| Sted for konsultasjon: |
| Fraværsperiode som dokumenteres (utover dag for konsultasjon): |
| Kommentar: |

Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Utsteders underskrift og stempel