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 fravær  ð I dag mellom kl \_\_\_\_\_\_ og \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ð I hele dag  ð Utover dagen i dag (se under) |
| Sted for konsultasjon: | |
| Fraværsperiode som dokumenteres (utover dag for konsultasjon): | |
| Kommentar: | |

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