

Åtgärdsprogram vid elevvårdskonferensen

Datum: _____

Elevers namn: _____ Födelsedatum: _____
Skolans namn: _____ Elevers skolår: _____

Elevers situation

Starka sidor:

Svaga sidor:

Målsättning

Vad vill vi uppnå?

Åtgärder

Hur ska vi arbeta?

Ansvarig

Uppföljning den: _____ Plats: _____

Vem ska komma?

Sammanställande:

Underskrift:

elev

föräldrar

lärare