

# Ansökningsblankett till Behandlingspedagogutbildningen

Namn \_\_\_\_\_ Personnr \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnr \_\_\_\_\_ Postadress \_\_\_\_\_ Län \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Närmast anhörig \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

## Bostad i skolans internat

Ja tack { } Prisklass \_\_\_\_\_

Nej tack { }

## Kost

Hel kost { }

Vegetarisk kost { }

## Tidigare studier - *Du skall bidoga slutbetyg och intyg, som visar att du uppfyller behörighetskraven.*

Gymnasieskola { } Två år { } Tre år

Folkhögskola { }

Folkhögskolans namn \_\_\_\_\_

Komvux \_\_\_\_\_

Annan utbildning \_\_\_\_\_

## Anställningar

Arbetsgivare	Arbetsuppgifter	Fr om- t o m
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Referenser 2 st

Namn	Befattning	Tel dagtid	Tel hem
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### Namn och personnummer

---

### Bostadsort

---

Vänligen kryssa i något av nedanstående alternativ.

### Är du medlem i föreningar/organisationer? *(Dina uppgifter, förtroendeuppdrag och dylikt)*

---

---

---

### Har du genomgått behandling för egna problem?

Ja { } Nej { }

Om ja, när och var?

---

---

---

### Vad har inspirerat dig att söka denna kurs?

---

---

---

---

---

**OBS! 1** För att ansökan ska bli behandlad måste alla uppgifter vara ifyllda.  
Glöm inte att bifoga skol- och arbetsintyg, personbevis, foto och hälsodeklaration.  
Du skall också skriva ett personlig brev.

**OBS! 2** Som elev på skolan godkänner jag härmed att mina personuppgifter dataregistreras för skolans rutinmässiga ärenden.

### Den sökandes underskrift

---

Ort och datum

---

Namnteckning

## Välkommen med din ansökan!



Önnestad folkhögskola  
Skolgatan 32  
SE-29173 ÖNNESTAD

Tel +46(0)44-785 01 00  
Fax +46(0)44-785 01 50  
onnestad.fhsk@folkbildning.net  
www.onne.se

Bankgiro 5928-1543  
Plusgiro 32 80 15-3

## Hälsodeklaration

Kurs \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_ Personnr \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnr \_\_\_\_\_ Postadress \_\_\_\_\_

Hemtelefon \_\_\_\_\_ Mobiltelefon \_\_\_\_\_

**För att skolan skall kunna erbjuda bästa individuella hjälp och stöd i dina studier ber vi dig att fylla i nedan.**

Vad	Nej	Ja	Om Ja, beskriv närmare
Allergisk sjukdom	{ }	{ }	_____
Diabetes	{ }	{ }	_____
Epilepsi	{ }	{ }	_____
Funktionshinder	{ }	{ }	_____
Psykisk ohälsa	{ }	{ }	_____
Annan långvarig sjukdom eller skada.	{ }	{ }	_____
Vårdad på sjukhus	{ }	{ }	När? _____ Var? _____
För vad?			_____

Härmed försäkrar jag att de uppgifter som lämnats ovan är riktiga och är införstådd med att vilseledande uppgifter kan påverka rätten att delta i den sökta utbildningen.

Datum \_\_\_\_\_ Namn \_\_\_\_\_

Blanketten bifogas ansökan och kommer här att behandlas konfidentiellt av vår skolkurator.

## Välkommen med din ansökan!