THISTED KOMMUNE

KommunikationsCenter Thisted
- for at kunne mestre livet
Kr. Koldsgade 3
7700 Thisted
Tlf. 9917 2725
Fax. 9917 2734

Ansøgning om kompenserende specialundervisning for voksne

Fornavn:	**Efternavn:**	**Cpr.nr.:**
Adresse:	**Postnr. + By:**	**Bopælskommune:**
Telefonnr.:	**Mobilnr.:**	**Dato**:
Indstillende person/institution, hvis det ikke er ovenstående:		

Ansøgningen drejer sig om undervisning tilrettelagt for personer med:

- ☐ Tale/sproglige vanskeligheder
- ☐ Stemme vanskeligheder
- ☐ Psykisk-fysisk udviklingshæmmet (Generelle indlæringsvanskeligheder)
- ☐ Hjerneskade undervisning
- ☐ Psykiske vanskeligheder
- ☐ Andet (angiv):

Begrundelse for ansøgningen *(bl.a. baggrunden for ansøgningen, beskrivelse af funktionsnedsættelsen samt ansøgerens ønsker og forventninger)*:

Evt. navn og adresse på person, som skal have kopi af korrespondance:

Nuværende og tidligere beskæftigelse *(herunder oplysning om deltageren tidligere har modtaget kompenserende specialundervisning for voksne)*: