



RISK FÖR UNDERKÄNNANDE

Användning av detta formulär bekräftar att studenten riskerar att bli underkänd på aktuell VFU-placering. Kopia lämnas till student och till kursansvarig lärare.

Studentuppgifter

Studentens namn:
Termin & Kurs:
Period för klinisk utbildning: f o m t o m
Klinikplacering:
Bahandledare:

Studentens svårigheter:

--

För att uppnå godkänd nivå krävs:

--

Datum:

.....

Basandledares underskrift

.....

Student

.....

Huvudhandledare

.....

Kursansvarig lärare