

## Ansökan om byte av skola

Ifylles och undertecknas av båda vårdnadshavare för elev som önskar byta skola. Ifylld blankett lämnas/skickas åter till skolan.

### Elev

|      |              |
|------|--------------|
| Namn | Personnummer |
|------|--------------|

Nuvarande skola (Där eleven går nu)

|         |              |
|---------|--------------|
| Årskurs | Skolans namn |
|---------|--------------|

Datum för byte

|  |
|--|
|  |
|--|

Övrig information

|                                       |
|---------------------------------------|
| Eleven har syskon i årskurs på skolan |
|---------------------------------------|

### Personuppgifter

|                        |               |
|------------------------|---------------|
| Vårdnadshavare 1, namn |               |
| Adress                 | Postadress    |
| Telefon                | Telefon Mobil |
| Underskrift            |               |
| Vårdnadshavare 2, namn |               |
| Adress                 | Postadress    |
| Telefon                | Telefon Mobil |
| Underskrift            |               |

Önskemål om byte av skola

|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beviljas | <input type="checkbox"/> Beviljas ej |
| Ort och datum                     |                                      |
| Handläggare                       |                                      |