

VAL AV SKOLA

Ansökan om byte av anvisad skola

Fr.o.m läsår/termin

Önskad skola

Elevens namn Personnummer

Adress.. tel

Nuvarande skola:

Vid gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna skriva under oavsett om de sammanbor eller ej!

Datum Datum

Vårdnadshavarnas underskrift:

.....

Mottagande rektors yttrande/beslut:

Beviljas/avstyrks

Datum

.....
Rektor mottagande skola

Skäl till avstyrkan av ansökan: