



ANHÅLLAN OM AVGÅNG/UPPSKOV/BYTE/REDUCERING AV PROGRAM

Klass _____

Avgång

Uppskov
Studierna återupptas
fr o m __/__/__ i åk __

Byte till _____
fr o m __/__/__ i åk __

Reducering av _____

Namn _____

Personnr _____

Adress _____

Telnr _____

Mobilnr _____

Hemkommun _____

Tidigare grundskola _____

Studierna avbryts helt fr o m __/__/__

Sista närvarodag __/__/__

Anledning _____

Studieplaneringen ändrades fr o m __/__/__

Studieomfattning _____ % av heltid

Kontakt i ärendet har tagits med (sätt signatur i rutan)



rektor



mentor



studie-
vägledare



special-
pedagog



skol-
sköterska



Ifylles av skolan

Återlämnat:

Böcker _____ Nycklar _____ Busskort _____

Annat t ex: kläder, skor osv _____

Ändrat:

Elevregister _____ CSN _____

Kurser som bibehålls:

Frånvarorapportering sker av respektive lärare till: _____

Datum och elevens underskrift

Datum och målsmans underskrift (för omyndig elev)

uppskov beviljas. Kan antas till läsåret ____ i mån av plats.

avgång/byte/reducering beviljas. Har sökt till _____ programmet.

Datum och rektors underskrift