

ANSÖKAN OM RÄTT ATT GÅ I ANNAN SKOLA ÄN EGEN NÄRSKOLA

Person- uppgifter	Elevens namn:		Personbeteckning:
	Nuvarande adress:		Fr.o.m.:
	Tidigare adress:		
	Vårdnadshavarens namn:		Tel.:
	Adress (om annan än elevens)		
Skola	På basis av boningsorten:		
	Nuvarande skola:		Klass:
	Skola till vilken eleven ansöker:		
	Önskat datum för flyttningen:		Klass:
	Kommun (om det är fråga om främmande kommun):		
Språk	Elevens modersmål:	På lågstadiet påbörjat gemensamt språk:	På högstadiet påbörjat gemensamt språk:
		Moativeringar	
Datum och under-skrift	Ort och datum:	Vårdnadshavarens underskrift:	
		Vårdnadshavarens underskrift	

INFYLLED BLANKETT RETURNERAS TILL:

Kyrksläotts kommun, bildningstjänster
PB 20
02401 KYRKSLÄTT

Kommunhuset
Ervastvägen 2
KYRKSLÄTT

Tel. (09) 296 71/ telefonväxlar