



IN- OCH UTFLYTTNING, BYTE AV SKOLA

ANMÄLAN AVSER

Inflyttning Utflyttning Begäran att få gå kvar i nuvarande skola i Malå kommun Byte av klass, från _____ till _____
--

ELEV

För- och efternamn	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Hemkommun	Skyddad adress JA NEJ
Adress	Postnummer, postort
Modersmål	Ange språkval 7-9
Avlämnande skola	Klass/årskurs
Önskar gå kvar i nuvarande skolan i Malå kommun	Datum för flyttning

FLYTTAR TILL

Flyttar till kommun	Skola
Adress	Postnummer, postort
Önskat datum för skolbyte	Önskar undervisning i svenska som andraspråk

OBS. Vid val av annan skola än den skola som eleven är placerad vid utgår inte skolskjuts.



VÅRDNADSHAVARE

Gemensam vårdnad (Underskrift krävs av båda vårdnadshavarna) <input type="checkbox"/>	
Enskild vårdnad (Skall styrkas med barnets personbevis)	
För- och efternamn	För- och efternamn
Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Telefon	Telefon
Adress	Adress
Postnummer, postort	Postnummer, postort
Ort och datum	Ort och datum
Underskrift	Underskrift

MOTTAGANDE REKTOR

Mottagande skola	Startdatum
Årskurs	Klass
Underskrift	Ort och datum

REKTOR

Avlämnande skola	Datum
Underskrift	