



KALIX KOMMUN

Utbildningsförvaltningen

ANSÖKAN OM BYTE AV SKOLA FÖR ELEV

Undertecknad vårdnadshavare anhåller om byte av skola för

Elevens namn: Personnummer

Adress:

.....

Tel.

Nuvarande skola: Klass:

Önskemål om byte till skola:

Orsak:

Nuvarande val (avser åk 6-9)

Språkval: Elevens val:

Slöjdval: Övrigt:

Vid gemensam vårdnad och delat boende skall blanketten undertecknas av båda vårdnadshavarna.
Rektor kommer att kontakta Dig/Er. Var vänlig lämna telefon där Ni kan nås under dagtid.

..... Datum

..... Underskrift vårdnadshavare

Tel. Tel.

Beviljas Avslås

.....
Underskrift av mottagande rektor