



Skolförvaltningen

**ANSÖKAN OM SKOLSKJUTS
GÄLLER FÖR LÅSÅRET**

Personuppgifter

Elevens namn		Personnummer	
Folkbokföringsadress		Postadress	
Skola		Årskurs	

Vårdnadshavare

Vårdnadshavares namn, 1		Vårdnadshavares namn, 2	
Adress		Adress	
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon bostad	Telefon arbete
E-post		E-post	

Orsak till ansökan

<input type="checkbox"/> Växelvis boende		<input type="checkbox"/> Andra skäl (v. v. specificera nedan)		<input type="checkbox"/> Omprövning av beslut	
Veckor/tider då eleven bor hos vårdnadshavare 1		Specificera			
Veckor/tider då eleven bor hos vårdnadshavare 2					

Namnteckningar

Ort och datum	Ort och datum
Vårdnadshavares namnteckning	Vårdnadshavares namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Om barnet/eleven har två vårdnadshavare ska båda skriva under.

Beslut (ifylles av Kristinehamns kommun)

<input type="checkbox"/> Beviljas för tiden: :				
<input type="checkbox"/> Avslås	Datum	År	Månad	Dag
Motivering	Underskrift handläggare			

Övriga upplysningar

Övriga upplysningar
