

## Ansökan om plats

### Elev

För- och efternamn:	Personnummer:
Folkbokföringsadress:	Postnummer:
Ort:	Kommun:

### Nuvarande förskola/skola

Skolans namn:	Klass:
Ort:	Kommun:

### Önskad start

Månad/år:
-----------

### Söker till följande årskurs (kryssa i ett alternativ)

- |  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Förskoleklass | <input type="checkbox"/> Åk 4 | <input type="checkbox"/> Åk 7 |
| <input type="checkbox"/> Åk 1          | <input type="checkbox"/> Åk 5 | <input type="checkbox"/> Åk 8 |
| <input type="checkbox"/> Åk 2          | <input type="checkbox"/> Åk 6 | <input type="checkbox"/> Åk 9 |
| <input type="checkbox"/> Åk 3          |                               |                               |

### Vårdnadshavare

För- och efternamn, vårdnadshavare 1:	För- och efternamn, vårdnadshavare 2:
Gatuadress:	Gatuadress:
Postnummer:	Postnummer:
Ort:	Ort:
Mejladress:	Mejladress:
Telefonnummer:	Telefonnummer:

### Vårdnadshavares underskrift

Ort och datum:	Ort och datum:
Underskrift, vårdnadshavare 1:	Underskrift, vårdnadshavare 2:
Namnförtydligande:	Namnförtydligande: