

**Val av skola - Ny elev eller byte av skola/utflyttning**

Elevens namn	Personnummer	Årskurs
Adress	Modersmål	
Postnummer, ort	Telefon/mobil	

**Val av skola**

Skolans namn	Från och med datum
Ange skäl	Språkval (åk 6-9)
Nuvarande skola	Kommun

**Byte av skola inom Gagnefs kommun/Utflyttning från Gagnefs kommun**

Nuvarande skola	
Ny skola, kommun	Från och med datum
Adress till nya skolan	Postnummer, ort

**Vårdnadshavare 1****Vårdnadshavare 2**

Namn	Namn
Personnr	Personnr
Adress	Adress
Postnummer, ort	Postnummer, ort
Telefon/mobil	Telefon/mobil
Mail	Mail

\_\_\_\_\_  
Underskrift/datum, vårdnadshavare 1\_\_\_\_\_  
Underskrift/datum, vårdnadshavare 2 Beviljas  Beviljas ej

Rektor \_\_\_\_\_

