



ÖCKERÖ KOMMUN
BARN- OCH UTBILDNINGSFÖRVALTNINGEN

ANSÖKAN OM ATT BYTA SKOLA/KLASS/SPRÅKVAL

Ansökan gäller byte av

Kryssa i önskat alternativ

Skola Klass Språkval

Nuvarande uppgifter

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| Elevens för- och efternamn | Personnummer (10 siffror) |
| Nuvarande skola | Nuvarande årskurs/klass |
| Nuvarande språkval (Gäller åk 6-9) | |

Fyll i den information ansökan gäller

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Ny skola | Ny årskurs |
| Nytt språkval (gäller åk 6-9) | Datum för byte |

Övrig information

| |
|--|
| |
|--|

Underskrift (vid gemensam vårdnad ska båda skriva under)

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Ort och datum | Ort och datum |
| Vårdnadshavares underskrift | Vårdnadshavares underskrift |

Fylls i av rektor på avlämnande skola

| | |
|----------------------|---------------------|
| Yttrande från rektor | |
| Ort och datum | Rektors underskrift |

Fylls i av rektor på mottagande skola

| | |
|----------------|----------------------|
| Ny klass | Yttrande från rektor |
| Språkvalsgrupp | |
| Ort och datum | Rektors underskrift |

Ansökan skickas till: Öckerö kommun, Barn- och utbildningsförvaltningen, 475 80 Öckerö