



Elevens namn (förnamn, efternamn)		Födelsedatum (åååå-mm-dd)
Adress	Postnummer	Ort
Nuvarande skola	Nuvarande klass/program	
Önskemål om att avbryta kurs i ämnet <input type="checkbox"/> Modersmål åk 9 <input type="checkbox"/> Modersmål 1 <input type="checkbox"/> Modersmål 2 <input type="checkbox"/> Modersmål – aktiv tvåspråkighet		
Modersmål	Från och med datum	

Elevens underskrift

Datum	Underskrift
-------	-------------

För elev under 18år krävs vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavarens namn		Vårdnadshavarens namn	
Telefonnummer	E-post	Telefonnummer	E-post
Datum	Underskrift	Datum	Underskrift

Vi är tacksamma att få veta orsaken!

--

Avanmälan skickas till Flerspråkigt Centrum

Ankom den:
