

Elevansökan

 Hägersten

 Häggvik

 Vällingby

Elevuppgifter

Elevens för- och efternamn		Personnummer
Adress		Mobil
Postnummer	Postadress	Telefon
Avlämnande skola		Klass

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Namn		Namn	
Personnummer	Telefon	Personnummer	Telefon
Arbetstelefon	Mobil	Arbetstelefon	Mobil
Mail		Mail	

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Åk 0	<input type="checkbox"/> Åk 1	<input type="checkbox"/> Åk 4	<input type="checkbox"/> Åk 7
<input type="checkbox"/> Fritidshem åk 0-3	<input type="checkbox"/> Åk 2	<input type="checkbox"/> Åk 5	<input type="checkbox"/> Åk 8
<input type="checkbox"/> Fritidsklubb åk 4-6	<input type="checkbox"/> Åk 3	<input type="checkbox"/> Åk 6	<input type="checkbox"/> Åk 9
Önskar undervisning i Svenska som andraspråk		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Önskar modersmålsundervisning		<input type="checkbox"/> Ja, språk _____	<input type="checkbox"/> Nej
Språkval åk 6-9		<input type="checkbox"/> Franska	<input type="checkbox"/> Spanska
		<input type="checkbox"/> Svenska	<input type="checkbox"/> Engelska

Underskrift

Vid delad vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna

 Ort och datum

 Vårdnadshavare 1

 Vårdnadshavare 2

 Namnförtydligande

 Namnförtydligande

Rektorns beslut

<input type="checkbox"/> Antagen fr.o.m. _____	Beslutsdatum _____
<input type="checkbox"/> Ej antagen, orsak _____	
Rektorns underskrift _____	