



SVALÖVS KOMMUN

Datum

Diarienummer

Framställan om att få fullgöra skolgång i Svalövs kommun

Elevens efternamn och förnamn		Personnummer
Vårdnadshavare 1 efternamn och förnamn	Vårdnadshavare 2 efternamn och förnamn	Telefon hem vårdnadshavare 1:
Adress	Adress	Telefon hem vårdnadshavare 2
Postadress	Postadress	Behöver barnet fritidshemsplats <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Nuvarande skola	Kommun	Skolår Läsår
Ny skola	Kommun	Skolår Läsår
Vid flyttning: ny adress		Datum flyttning

Skäl till framställningen		Datum
Vårdnadshavarens underskrift	Vårdnadshavarens underskrift	

Yttrande från Svalövs kommun

<input type="checkbox"/> Tillstyrkes för tiden	<input type="checkbox"/> Avslås	
Skolår: Läsår:	Skäl till avslag:	
..... Datum Mottagande rektor Telefon

Yttrande från hemkommunen

Tillstyrkes för tiden	<input type="checkbox"/> Avslås
Skolår.....läsår.....	Skäl till avslag
Datum
Underskrift	Kommun
Namnförtydligande	Adress
.....
Befattning	Postadress