

Förnamn		Efternamn		Personnummer	
Postadress			Postnummer		Ort
Telefonnummer			E-post		
Tidigare utbildning <input type="radio"/> Ingen <input type="radio"/> Grundskola ____ år <input type="radio"/> Gymnasium <input type="radio"/> Universitet/Högskola <input type="radio"/> Annan utbildning Totalt antal år: ____		Noteringar			
<input type="radio"/> Läs och skrivinläring					
Nationalitet					
Förstaspråk					
Andraspråk					
Status <input type="radio"/> Anhörig <input type="radio"/> Flykting		Kommunplacerad Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> PUT Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Handläggare			
Startdatum	Grupp	Kurs	Dag <input type="radio"/> Kväll <input type="radio"/>		

Sökandes underskrift

Datum

Ped. sign.

Bifoga betyg och personbevis!

Svalöfs Gymnasium
 Box 113
 268 22 Svalöv
 0418-666 116