

SÄRSKILDA SKÄL
för att bli förstahandsmottagen
utanför det egna samverkansområdet

Namn:.....

Personnummer:.....

Avlämnande skola och klass:.....

Ort:.....

Hemtelefon:.....

Elevens

Vårdnadshavarens

Mobil:.....

Telefon dagtid:.....

E-post:.....

E-post:.....

Utbildning där eleven önskar anföra särskilda skäl:

.....

Elevens motivering:

.....

.....

.....

.....

.....

Eventuell bilaga/bilagor:

.....

Kontaktperson på skolan där eleven går:

Namn:.....

Telefon:.....

Datum:.....

.....

Elevens underskrift