



PERSONUPPGIFTER	
Namn	Personnummer
Adress	Telefon (även riktnr.) / Mobil
E-postadress	Klass

ORSAK TILL AVSLUTANDE AV STUDIERNÄ	
<input type="checkbox"/> Byte av skola	Namn och ort för ny skola
<input type="checkbox"/> Annan aktivitet	Ny aktivitet

VÅRDNADSHAVARE 1 <input type="checkbox"/> Ensam vårdnadshavare MYNDIG ELEV <input type="checkbox"/> Underskrift av myndig elev	VÅRDNADSHAVARE 2
Datum	Datum
Namn	Namn
Underskrift	Underskrift

SAMTAL MED ELEVEN HAR SKETT	
Datum	Studievägledare

BESLUT	
<input type="checkbox"/> Beviljas	<input type="checkbox"/> Beviljas ej
Datum	Rektor/Bitr. rektor

**Ifylld blankett skickas till: Strömstads kommun, Strömstad Gymnasium, 452 80 STRÖMSTAD**