



# AVGÅNG FRÅN STRÖMSTAD GYMNASIUM

Namn: ..... Klass/gren: .....

Personnummer: ..... Adress: .....

har anmält att hon/han vill avgå från skolan p.g.a. ....

.....

.....

(Vid övergång till annan skola, den nya skolans namn och adress:) .....

.....

Jag samtycker till att ..... (elevens namn) slutar sin studiegång vid Strömstad Gymnasium.

.....  
Ort och datum

.....  
Målsmans underskrift/Underskrift av myndig elev

---

Samtal med eleven har skett:

.....  
Datum

.....  
Studievägledare/rektor/bitr. rektor

Ovannämnda elev avgår 20 - -

.....  
Rektor/bitr. rektor

Kopia till:

Eleven  
Mentor  
Skolkontor  
Studievägledare  
Dataansvarig

Återlämnat:

- Läroböcker  
 Nyckel till elevskåp  
 Ev busskort

Reg  Sign: .....

**Besöksadress:**  
Tångenvägen 2  
452 35 STRÖMSTAD

**Postadress:**  
Strömstad Gymnasium  
452 80 STRÖMSTAD

**Tel:** 0526-195 00  
**Fax:** 0526-194 70  
**Org.nr:** 212 000-1405