



ANSÖKAN OM BYTE AV KURS

Namn: Klass/gren:

Personnummer: Adress:

vill byta kurs från:

till:

Jag vill byta kurs därför att

.....

.....

.....
Ort och datum

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

Observera att möjligheterna att byta kurs är begränsade och att speciella skäl måste föreligga!

Samtal med eleven har skett:

.....
Datum

.....
Studievägledare

Yttrande från mentor/ämneslärare/elevvårdskonferens:

.....

.....

Tillstyrker Avstyrker

.....
Datum

.....
Namn

Beslut: Beviljas Beviljas ej

.....
Datum

.....
Rektor/Bitr. rektor

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