



REDUCERAT ELLER UTÖKAT PROGRAM

Namn: Klass/gren:

Personnummer: Adress:

Reducerat program. Eleven önskar **upphöra** med studierna i kursen

..... Antal timmar:

Utökad program. Eleven önskar **utöka** sina studier i kursen

..... Antal timmar:

Anledning:

.....

.....
Ort och datum

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

**OBS! Elev som väljer bort en eller flera kurser får ej fullständigt avgångsbetyg.
Det kan påverka intagningen till högskolan.**

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