



# Askersunds

K O M M U N

Barn- och utbildnings-  
förvaltningen

## Anmälan om skolgång i kommunen/ annat rektorsområde/ annan kommun

### Elevuppgifter:

Personnummer:  Elevens namn:

Adress:  Postnummer/Ort:

Hemnummer:

Nuvarande skola:  Skolår:  Kommun:

Önskar byta skola från och med:

Önskad skola:  Kommun:  Skolår:

### Vårdnadshavare 1:

Namn:

Personnummer:

Adress: (om annan än ovan)

Postnr/Adress:

Telefon dagtid:

E-post:

Underskrift: \_\_\_\_\_

### Vårdnadshavare 2:

Namn:

Personnummer:

Adress: (om annan än ovan)

Postnr/Adress:

Telefon dagtid:

E-post:

Underskrift: \_\_\_\_\_

### Yttrande från rektor på önskad skola/kommun:

Eleven bereds plats på önskad skola  
från och med:

Eleven kan inte börja på önskad skola. Motivering:

Datum:

Underskrift: \_\_\_\_\_

Yttrande från hemkommunen:

Datum:

Underskrift: \_\_\_\_\_

Blanketten skickas till:  
Ewa Einarsson  
Barn- och utbildningsförvaltningen  
696 82 Askersund

Befattning:

eller lämnas direkt till rektorsexpeditionen vid aktuell skola