

SKOLKONTORET

Önskemål om byte av skola inför åk 7 ht -24

Blanketten skickas till: Skolkontoret, Box 304, 733 25 SALA, eller lämnas in på Medborgarkontoret, Stora Torget i Sala. **OBS! Period för anmälan av önskemål om byte är 24 januari – 14 februari.**

PERSONUPPGIFTER

Elevers namn	Personnummer
--------------	--------------

VILKEN SKOLA HAR ELEVEN BLIVIT PLACERAD PÅ I ÅRSKURS 7?

- ☐ Ekebyskolan
☐ Vallaskolan 7-9

VILKEN SKOLA ÖNSKAR ELEVEN BLI PLACERAD PÅ

- ☐ Ekebyskolan
☐ Vallaskolan 7-9

ANGE EVENTUELLT SKÄL FÖR ÖNSKEMÅLET?

- ☐ Kamrat på den andra skolan

Vad är viktigast? (kryssa i ett av alternativen)

- ☐ 1. Att eleven får gå på samma skola som kamraten

Namn på kamraten: _____

Om kamraten också väljer detta alternativ så får båda plats på samma skola (Ekebyskolan eller Vallaskolan 7-9). Observera att det inte är säkert att eleverna får gå i samma klass eller på den skola som önskas i första hand.

- ☐ 2. Att eleven får gå på skolan som önskas

Byte sker enbart om det finns plats på önskad skola

- ☐ Särskilda skäl för/mot viss skola (du kan också bifoga skälen som bilaga)

Beskriv de särskilda skälen

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

--

UNDERSKRIFT (Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna underteckna ansökan).....
Vårdnadshavare.....
Vårdnadshavare.....
Namnförtydligande.....
Namnförtydligande

<i>e-post</i>
<i>Telefon</i>

<i>e-post</i>
<i>Telefon</i>

.....
*Datum**Ort*.....
*Datum**Ort*