

Ansökan om studieförändring



Elev ansöker hos SYV

Namn		Personnummer	Klass	Klassföreståndare
Adress			Postnummer	Postadress
Hemtelefon	Mobil	E-post		

Avslutar studier

Studieuppehåll

Ind.anpassat program

Kurs:

Utökat program

Kurs:

Avbryter kurs

Kurs:

Förlängd kurstid

Kurs:

Förlängd studietid

Kurs:

Rektor beslutar enligt delegationsplan 2014-02-12

Reducerat program

Kurs:

Åtgärdsprogram krävs

Byte program/inriktning/profil

Från:

Till:

Elevens motivering

Lärare/mentor/SYV kommentar. *Skall undertecknas av skrivande.*

Övrigt t.ex. datum för förlängd kurstid och förlängd studietid.

Datum	Elevens underskrift	Datum	Vårdnadshavares underskrift
-------	---------------------	-------	-----------------------------

Beslut

Beviljas

Avslås

Datum	Rektors underskrift
-------	---------------------

Återlämnas

Rumsnyckel

Busskort

Dator

Läromedel

Skåp nr: _____

Sign. _____

Kopia till:

Sökande

Handläggare

Berörda lärare/personal