



**Domsjö Skolområde
Geneskolan**

Byte av Språkval

Namn _____

Klass _____

Önskar byte från _____

till _____

därför att min studiesituation ser ut så här:

Beskriv

Datum _____ 20 ____ (år)

Underskrifter

Förälders underskrift

Elevens underskrift

Rektor beviljar

Byte från och med (datum)

Postadress

Domsjö Skolområde
Hammarvägen 9
SE-892 31 Domsjö

Besöksadress

Hammarvägen 9
Skolområdets e-postadress
domsjo@ornskoldsvik.se

Skolområdets hemsida
www.ornskoldsvik.se/domsjo

Telefon

0660-26 53 33 (exp)

Fax

0660-26 53 50

Org.nr

212000-2445