



Elevens namn (förnamn, efternamn)		Födelsedatum (åååå-mm-dd)
Adress	Postnummer	Ort
Nuvarande skola	Nuvarande klass/program	
Önskemål om att avbryta kurs i ämnet		
<input type="checkbox"/> Modersmål åk 9		
<input type="checkbox"/> Modersmål 1		
<input type="checkbox"/> Modersmål 2		
<input type="checkbox"/> Modersmål – aktiv tvåspråkighet		
Modersmål	Från och med datum	

*Elevens underskrift*

Datum	Underskrift
-------	-------------

*För elev under 18år krävs vårdnadshavares underskrift*

Vårdnadshavarens namn		Vårdnadshavarens namn	
Telefonnummer	E-post	Telefonnummer	E-post
Datum	Underskrift	Datum	Underskrift

**Vi är tacksamma att få veta orsaken!**

--

**Avanmälan skickas till Flerspråkigt Centrum**

Ankom den:
------------