

Inskrivningsanmälan/Skolbytesansökan

Elev

Efternamn	Tilltalsnamn		Personnummer
Ny adress	Postnr	Ort	Telefon (till klasslistan)

Datum vid inflyttning	Kommer från; ort och skola	Klass
Önskar plats på, ange skola	Har eleven skyddad identitet Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

Vårdnadshavare

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	Hemtelefon
E-post	Tfn. arbete		Mobiltelefon

Vårdnadshavare

Namn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	Hemtelefon
E-post	Tfn. arbete		Mobiltelefon

Övrig information om barnet/eleven

Modersmål annat än svenska
Språkval Franska <input type="checkbox"/> Spanska <input type="checkbox"/> Tyska <input type="checkbox"/> Engelska förstärkning <input type="checkbox"/> Svenska förstärkning <input type="checkbox"/>
Har ert barn allergi eller annan sjukdom eller någonting annat som vi bör känna till? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Övrigt

Datum	Vårdnadshavarens underskrift	Vårdnadshavarens underskrift
-------	------------------------------	------------------------------

OBS! Blanketten måste vara underskriven av båda vårdnadshavarna.

För information om vår personuppgiftsbehandling hänvisar vi till www.mark.se/bufgdpr