

**ANMÄLAN AVSER**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inflyttning   | <input type="checkbox"/> Byte av skola inom Åsele kommun     |
| <input type="checkbox"/> Utflyttning   | <input type="checkbox"/> Byte av klass från ..... till ..... |
| <input type="checkbox"/> Begäran att få gå kvar i nuvarande skola i Åsele kommun |  |

**Ifylls av förälder**

Elevens namn	Personnummer	Tel bostad
Nuvarande Adress	Postnummer, Postort	Hemkommun
Flyttar till adress	Postnummer, Postort	Adresskydd <input type="checkbox"/>

**Skolbyte/utflyttning**

Flyttar till kommun	Skola	Klass/årskurs	Ange språkval 7-9
<input type="checkbox"/> Önskar gå kvar i nuvarande skola i Åsele kommun	Modersmål/hemspråk	Önskar undervisning i modersmålet	Önskar undervisning i svenska som andraspråk <input type="checkbox"/>
Avlämnande skola	Årskurs	Datum för flyttning	

**OBS. Vid val av annan skola än den skola som eleven är placerad vid utgår inte skolskjuts.**

**Personuppgifter vårdnadshavare**

Namn	Personnummer	Tel arbete
Adress	Postnummer, Postort	Tel bostad

**Personuppgifter vårdnadshavare**

Namn	Personnummer	Tel arbete
Adress	Postnummer, Postort	Tel bostad

**Obligatoriskt**

<input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad Språk: _____	<input type="checkbox"/> Enskild vårdnad
--	--

**OBS! Skall styrkas med barnets personbevis**

**Vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna vid anmälan till/byte av kommunal grundskola**

**Underskrift vårdnadshavare**

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning	Namnteckning

**Ifylls av rektor vid flytt till/inom kommunen**

Mottagande skola	Klass	Årskurs	Startdatum
Underskrift rektor mottagande skola			

Datum, rektors underskrift, avlämnande skola