

Ledighetsansökan elev i grundskolan

Eleven

Namn:		Personnummer:			
Adress:		Postnr:		Ort:	
Tel:	Klass:	Sökt tid fr.o.m:		t.o.m:	Antal skoldgr:

Ledighet

Skäl för ledighet:	Vid resa, ange ort:
--------------------	---------------------

Vårdnadshavares underskrift

Ort & datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------------	-------------	-------------------

Vårdnadshavares underskrift

Ort & datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------------	-------------	-------------------

Blanketten lämnas till klassföreståndaren!

KLASSFÖRESTÅNDARES YTTRANDE

Under läsåret tidigare beviljad ledighet, antal dagar:

Villkor för ledighet: arbetsuppgifter, läxor, förhör etc:

BESLUT

Sökt ledighet (vid högst 10 dgr./läsår)

Beviljas	<input type="checkbox"/>	Avslås	<input type="checkbox"/>	Tillstyrkes	<input type="checkbox"/>	Avstyrkes	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------

Klassförståndares underskrift

Ort & datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------------	-------------	-------------------

Sökt ledighet

Beviljas	<input type="checkbox"/>	Avslås	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	--------	--------------------------

Rektors underskrift

Ort & datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------------	-------------	-------------------