



UTFLYTTNING/INFLYTTNING/BYTE AV SKOLA

Skola	Klass	Flyttdatum
-------	-------	------------

Personuppgifter

Elevens namn		Personnummer
Nuvarande adress	Postadress	Telefonnummer
Ny adress	Ny postadress	Nytt telefonnummer

Inom kommun

Annan kommun

Mottagande kommun		Mottagande skolenhet
Adress	Postadress	Telefon
Kontaktperson		
Avlämnande kommun		Avlämnade skolenhet
Adress	Postadress	Telefon
Kontaktperson		

Övriga upplysningar:

Ort och datum

.....
Vårdnadshavares underskrift

.....
Vårdnadshavarens underskrift

OBS! Vid gemensam vårdnad skall blanketten vara undertecknad av båda vårdnadshavarna.

Med min namnteckning ger jag mitt samtycke till att dessa uppgifter kommer att databehandlas.

Inlämnas till skolexpedition:

Kopia till: Skolsköterskan SYV Skolkurator
 Klassföreståndare Mottagande skola