



Staffanstorps
kommun

Ansökan om skolgång

Elevuppgifter

Elev Förnamn och efternamn		Personnr (xxxxxx-xxxx)	
Kommer eleven vara folkbokförd i Staffanstorps kommun <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, eleven är redan folkbokförd i Staffanstorp <input type="checkbox"/> Ja, fr.om.:			
Vårdnadshavare 1 Förnamn och efternamn		Telefonnummer	Epost
Nuvarande adress		Postnummer	Ort
Kommande adress i Staffanstorps kommun		Postnummer	Ort
Vårdnadshavare 2 Förnamn och efternamn		Telefonnummer	Epost
Nuvarande adress		Postnummer	Ort
Kommande adress i Staffanstorps kommun		Postnummer	Ort

Skolans uppgifter

Nuvarande skola		Kommun	
Klassföreståndare/mentor		Telefonnummer	
Blivande skola (önskemål i första-, andra- och tredjehand)			Årskurs
Språkval - gäller endast årskurs 6-9 <input type="checkbox"/> Tyska <input type="checkbox"/> Franska <input type="checkbox"/> Spanska <input type="checkbox"/> Förstärkt svenska/engelska			
Modersmål om annat än svenska		Modersmålsundervisning önskas <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, språk:	Önskat datum för skolstart

Vårdnadshavares underskrift – finns två vårdnadshavare måste båda skriva på

Vårdnadshavare 1		Vårdnadshavare 2	
Namnförtydligande		Namnförtydligande	
Ort	Datum	Ort	Datum

Ansökan skickas till: Staffanstorps kommun
Utbildningsförvaltningen
245 80 Staffanstorp

Skolans beslut

<input type="checkbox"/> Elev antas ej <input type="checkbox"/> Elev antas fr.om.:		Klass	Mentor
Rektors underskrift		Ort	Datum
Namnförtydligande			