

Flyttningsanmälan

Inflyttning

Utflyttning

Flytt inom kommunen

Datum för flytt _____

Elev

Efternamn	Tilltalsnamn		Personnummer
Ny adress	Postnr	Ort	Telefon

Avlämnande skola och kommun	Klass
Klasslärare	Telefon

Mottagande skola och kommun	Klass
Klasslärare	Telefon

Vårdnadshavare 1

Namn		Personnummer	
Adress	Postnr	Ort	Hem telefon
E-post		Telefon arbete	Mobil

Vårdnadshavare 2

Namn		Personnummer	
Adress	Postnr	Ort	Hem telefon
E-post		Telefon arbete	Mobil

Ensam vårdnad

Modersmål annat än svenska	
Språkval för elever i 7-9 Spanska Tyska Engelska förstärkning	Vi godkänner att eleven får bibliotekskort
Har ert barn allergi eller annan sjukdom eller något som bör kännas till Nej Ja	

Datum

Vårdnadshavarens underskrift

Vårdnadshavarens underskrift

OBS! Blanketten måste vara underskriven av båda vårdnadshavarna

