



Ansökan om ändring av studieplan

Datum:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Klass:

Telefon:

E-post:

Mentor:

Underskrift av elev/vårdnadshavare:

Byte av studieväg* (*ex program eller inriktning*)

Lärare

Från:

Till:

Utökat program med kurs

Kursnamn:

Byte av kurs

Från:

Till:

Radering kurs

Kursnamn:

Förlängd studietid*

Studietiden förlängs till:

Studieplanering bifogas

Reducering av program*

Kursnamn:

Studieplanering bifogas

Avsluta utbildning

Från datum:

Kommentar:

Övrigt:

Handlagt av:

Datum:

Signatur:

Föreslagen åtgärd:

Beslut av Rektor/Bitr. Rektor

Datum:

Beviljas från och med:

Avslås

*Beslut fattat på delegation

Underskrift:

Elev/vårdnadshavare
Elevregister
Schemaläggare
Antagning
Rektor

Mottagande rektor
Mentor
Avlämnande lärare
Mottagande lärare
Undervisande lärare

Skolhälsövård
Kurator
Specialpedagog
SYV
KAA (*Kommunalt aktivitetsansvar*)

Vaktmästeri
Mediatek
Diarium