



ANSÖKAN OM ÄNDRING AV STUDIEPLAN

Elevens namn:		Klass:	Ansvarig mentor för eleven:
Personnummer:		E-post (endast edu.ulricehamn.se):	
Telefon:	Adress:		

Byte av studieväg (ex program eller inriktning) från-till:*	
Utökad program med kurs:	Berörd lärare:
Byte av kurs, från-till:	Berörd lärare:
Radering av kurs:	Berörd lärare:
Förlängd studietid till:*	Studieplanering bifogas
Reducering av program, kursnamn:*	Studieplanering bifogas
Avsluta utbildning från datum:	Kommentar:
Övrigt:	

Underskrift elev:	Underskrift vårdnadshavare (vid omyndig elev):	Datum:
-------------------	--	--------

Handlagt av (signatur):	Namnförtydligande:	Datum:
-------------------------	--------------------	--------

Rektors handläggning (fylls i av rektor)

Beviljas från och med:	Avslås: <input type="checkbox"/>	Kommentar:	* Beslut fattat på delegation: <input type="checkbox"/>
Datum:	Rektors/bitr. rektors signatur:	Namnförtydligande:	

Delgivning

Elev/vårdnadshavare	Mottagande rektor	Skolhjälsövård	Vaktmästeri
Elevregister	Mentor	Kurator	Mediatek
Schemaläggare	Avlämnande lärare	Specialpedagog	Diarium
Antagning	Mottagande lärare	SYV	
Rektor	Undervisande lärare	KAA (Kommunalt aktivitetsansvar)	