



# Arjängs Kommun

Barn och utbildningsnämnden

## ANSÖKAN OM SKOLSKJUTS

Läsår \_\_\_\_\_

Gäller inte till och från fritidshem

Personnummer \_\_\_\_\_

Elevens namn \_\_\_\_\_

Folkbokföringsadress \_\_\_\_\_

Postnummer och ort \_\_\_\_\_

Skola \_\_\_\_\_ Klass \_\_\_\_\_

Endast ett kryssval

Växelvis Boende

Skolval

Grundsär

Särskild omständighet  
(ex medicinsk, funktionshinder)

Vårdnadshavare 1 \_\_\_\_\_

Tfn/Mobil \_\_\_\_\_ E post \_\_\_\_\_

Jämn/Udda vecka \_\_\_\_\_

Vårdnadshavare 2 \_\_\_\_\_

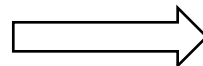
Adress \_\_\_\_\_

Postnummer och Ort \_\_\_\_\_

Tfn/Mobil \_\_\_\_\_ E post \_\_\_\_\_

Jämn/Udda vecka \_\_\_\_\_

Ytterligare information till ansökan



Underskrift av vårdnadshavare 1

Underskrift av vårdnadshavare 2

Namnteckning och datum

Namnteckning och datum

Ytterligare Information om elev

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ansökan skickas till

Årjängs Kommun  
Barn och utbildningsnämnden  
Box 906  
672 29 Årjäng

Eller skanna och maila till  
[lotta.gustafsson@arjang.se](mailto:lotta.gustafsson@arjang.se)