



Årjängs Kommun

Barn och utbildningsnämnden

ANSÖKAN OM SKOLSKJUTS

Läsår _____

Gäller inte till och från fritidshem

Personnummer _____

Elevens namn _____

Folkbokföringsadress _____

Postnummer och ort _____

Grundskola _____ Klass _____

Endast ett kryssval

Växelvis Boende

Skolval

I mån av plats

Anpassad grundskola

Särskild omständighet
(medicinsk, funktionshinder)

Vårdnadshavare 1 _____

Tfn/Mobil _____ E post _____

Jämn/Udda vecka _____

Vårdnadshavare 2 _____

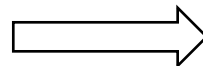
Adress _____

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