

Sökande elev

Namn		Klass
Adress:		
Postnr och Ort:		Telefonnummer:

Ledighetens art

	Fr o m	T o m
<input type="checkbox"/> Semester		
<input type="checkbox"/> Annat skäl - motiv		
Beskrivning av skäl:		

Beskriv hur förlorad studietid ska återläsas mm

Ämen/kurs/uppgifter - överenskommelse med ansv. Lärare	Lärare/mentor	Avstämningsdatum
<i>Vid behov använd blankettens baksida!</i>		

Underskrift elevens målsman

Underskrift elev

Ort och datum	Ort och datum
Namnteckning	Namnteckning

Beslut

Beviljas <input type="checkbox"/>	Beviljas ej <input type="checkbox"/>	Mentors godkännande:
Ort och datum		
Namnteckning, Rektor		