



Staffanstorps
kommun

Ansökan om skolgång

Elevuppgifter

Elev Förnamn och efternamn			Personnr (xxxxxx-xxxx)
Kommer eleven vara folkbokförd i Staffanstorps kommun Nej Ja, eleven är redan folkbokförd i Staffanstorp Ja, fr.om.:			
Vårdnadshavare 1 Förnamn och efternamn	Personnummer	Telefonnummer	Epost
Nuvarande adress		Postnummer	Ort
Kommande adress i Staffanstorps kommun		Postnummer	Ort
Vårdnadshavare 2 Förnamn och efternamn	Personnummer	Telefonnummer	Epost
Nuvarande adress		Postnummer	Ort
Kommande adress i Staffanstorps kommun		Postnummer	Ort

Skolans uppgifter

Nuvarande skola	Kommun	
Klassföreståndare/mentor	Telefonnummer	
Blivande skola (önskemål i första-, andra- och tredjehand)	Årskurs	
Språkval - gäller endast årskurs 6-9 Tyska Franska Spanska Förstärkt svenska/engelska		
Modersmål om annat än svenska	Modersmålsundervisning önskas Nej Ja, språk:	Önskat datum för skolstart

Vårdnadshavares underskrift – finns två vårdnadshavare måste båda skriva på

När eleven börjar behöver skolan få tillgång till nedan dokument. Vårdnadshavare ger godkännande till detta via sin underskrift			
<ul style="list-style-type: none">Omdömen från avlämnade skolaEv. åtgärdsprogramIndividuell utvecklingsplan		<ul style="list-style-type: none">Ev. betygResultat från Nationella provEv. närvarostatistik	
Vårdnadshavare 1		Vårdnadshavare 2	
Ort	Datum	Ort	Datum

Ansökan skickas till: Staffanstorps kommun,
Utbildningsförvaltningen,
245 80 Staffanstorp

eller via e-post till: utbildning@staffanstorp.se

Skolans beslut

Elev antas ej Elev antas fr.om.:	Klass	Mentor
Rektors underskrift	Ort	Datum
Namnförtydligande	Skola	