



Ankomstdag

Utträdesblankett för Hasslövs skola

Härmed anmäler vi att nedanstående elev önskar avsluta sin skolplikt i Hasslövs skola.

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

Avlämnande lärare: _____

Avlämnande skolsköterska: _____

Nya skolans namn: _____

Klasslärarens namn: _____

Skolsköterskans namn: _____

Startdatum nya skolan: _____

Vi/jag godkänner att nuvarande skola lämnar över information till den nya skolans lärare samt skolhälsovård:

Vårdnadshavares namnteckning

Namnteckning

Namnteckning

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Skickas per post till: Hasslövs skola, Pehr Osbecksväg 7, 312 97 Laholm