

Elevens namn		Personnummer
Nuvarande skola	Årskurs	Klass

Önskar byta till	Önskat startdatum
------------------	-------------------

Skolbyten beviljas i första hand i samband med terminsstart. Skolskjuts erbjuds endast till skolskjutsskolan.

Önskemålet ska skickas till Kinda kommun, bildningsförvaltningen, Box 1, 590 40 Kisa eller till bn@kinda.se.

Inför beslut tas yttrande från mottagande rektor in.

Namn vårdnadshavare		Datum
E-post	Telefon	
Underskrift		

Namn vårdnadshavare		Datum
E-post	Telefon	
Underskrift		

Beslut tas på delegation från bildningsnämnden

Beslutsdatum	Beviljas	Beviljas inte
Namnförtydligande		
Underskrift		

Diarieförs i bildningsnämndens diarie, beslut i original skickas till vårdnadshavare och rapporteras som delegationsbeslut till bildningsnämnden.