



AVTAL OM SKOLGÅNG I KINDA för elev som är folkbokförd i annan kommun

Fylls i av vårdnadshavare

Elevens namn	Personnummer	Modersmål
Adress	Postnummer	Postadress
Namn vårdnadshavare 1	Telefon	Tfn arbete
Adress	Postnummer	Postadress
Namn vårdnadshavare 2	Telefon	Tfn arbete
Adress om annan än vh1	Postnummer	Postadress
<p>Obligatoriskt vid inflyttning i kommunen eller som ny elev i kommunen (boende i annan kommun)</p> <p><input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> Enskild vårdnad (bifoga kopia på beslutet)</p> <p>.....</p> <p>Ort och datum</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Vårdnadshavarens underskrift (vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna)</p>		

Nuvarande skolas namn, kommun	Tfn
Adress	Klass

Mottagande skolas namn, kommun	Tfn
Adress	Klass

Ansökan skickas till:

Kinda kommun
Bildningsförvaltningen
Box 1
590 40 KISA
Tfn: 0494-192 95

Jag godkänner att lämnade personuppgifter lagras och behandlas av Bildningsförvaltningen, Kinda kommun. Personuppgifterna behandlas enligt Dataskyddsförordningen GDPR.

Yttrande från elevens hemkommun			
<input type="checkbox"/> Bifalles enligt yttrande från mottagande kommun			
Kommentar			
Ort och datum	Underskrift	Namnförtydligande	Befattning

Yttrande från Bildningsförvaltningen i Kinda kommun			
<input type="checkbox"/> Bifalles – grundbelopp <input type="checkbox"/> Bifalles – grundbelopp plus tilläggsbelopp på grund av särskilt stöd			
<input type="checkbox"/> Bifalles ej			
Hemkommunens pris gäller		Avtalet gäller (fr.o.m. – t.o.m.)	
Ort och datum	Underskrift	Namnförtydligande	Befattning