



**Barn Utbildning**  
Box 73, 840 40 Svenstavik  
0687 - 161 00

## Ansökan om extra skolår

enligt Skollagen (2010:800) 7 kap 15§

### Elev

Namn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Nuvarande skola	Årskurs

### Vårdnadshavare

Vårdnadshavare 1	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon bostad (även riktnummer)	Mobiltelefon
Vårdnadshavare 2	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon bostad (även riktnummer)	Mobiltelefon

### Vårdnad

<input type="checkbox"/> Ensam vårdnad (styrks med personbevis)	<input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad
---	---

### Läsår

<input type="checkbox"/> Ansökan om extra skolår läsåret: .....	ex (2012/2013)
---	----------------

### Underskrifter

Datum	Datum
Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Namnförtydligande	Namnförtydligande

### Rektorns noteringar

<input type="checkbox"/> Beviljas	<input type="checkbox"/> Beviljas ej
Motivering	
Rektorns underskrift	Namnförtydligande

*Blanketten skickas till: Bergs kommun, Box 73, 840 40 Svenstavik*

*När du sänder in dina personuppgifter godkänner du att Bergs kommun lagrar och behandlar de personuppgifter du lämnat. Du har rätt att få information om de uppgifter som finns registrerade om dig. Du kan också begära rättelse om uppgifterna skulle visa sig vara felaktiga.*