

Ansöker om byte av språkval/slöjd

Namn: _____ Klass: _____

Nuvarande ämne: _____

Önskat ämne: _____

Anledning till byte:

Elevens underskrift

Vårdnadshavarens underskrift

LÄMNAS TILL SKOLKONTORET

Avlämnande lärares yttrande

Avlämnande lärare _____

Mottagande lärares yttrande

Mottagande lärare _____

Beslut: _____

Skolledning _____ Gäller from: _____

Postadress

Bikupan
Herrgårdsgatan 9
360 50 Lessebo

Besöksadress

Herrgårdsgatan 9

Telefon

0478-126 25 exp
0478-125 00 vx

Fax

0478-125 30

E-post

bikupan@kommun.lessebo.se