



Barn- och utbildningsnämnden

Elevens namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Mitt barn går i dag i/på (skolans namn)		Årskurs
Klassföreståndare		Ev. tel. nummer till föregående skola
Jag önskar att mitt barn skall börja skolan i Perstorps kommun fr.o.m.		

Språk som talas i hemmet om annat än svenska
--

Språkval (gäller år 6-9)

Tyska

Franska

Svenska

<input type="checkbox"/> Härmed ger vi vår tillåtelse till att Perstorps skolor får ta del av <ul style="list-style-type: none"><li>• åtgärdsprogram</li><li>• pedagogiska utredningar</li><li>• eventuella psykologiska utredningar</li></ul>
--

Vid gemensam vårdnad skall båda föräldrarna skriva under blanketten

Ensam vårdnad (Vid ensam vårdnad måste detta styrkas)

Personnummer	Adress	Telefon
Underskrift	Namnförtydligande	

Personnummer	Adress	Telefon
Underskrift	Namnförtydligande	

OBS! Om elevens förhållanden ändras vad gäller vårdnadshavare eller boende skall skolan underrättas.

Blanketten skickas till Perstorps Kommun BUN, 285 85 Perstorp