



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">• åtgärdsprogram• pedagogiska utredningar• eventuella psykologiska utredningar
--

Vid gemensam vårdnad skall båda föräldrarna skriva under blanketten

Ensam vårdnad (Vid ensam vårdnad måste detta styrkas)

Personnummer	Adress	Telefon
Postnummer och postadress		E-mail (behövs till Infomentor)
Underskrift	Namnförtydligande	
Personnummer	Adress	Telefon
Postnummer och postadress		E-mail (behövs till Infomentor)
Underskrift	Namnförtydligande	

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

Blanketten skickas till Perstorps Kommun BUN, 285 85 Perstorp