



SÖDERMALMSKYRKANS
KRISTNA SKOLA

Ansökan om ledighet för elev

Namn:	klass:
Personnummer:	Telefon:

Önskad ledighet

<input type="checkbox"/> Dagar	Fr o m - t o m	Antal dagar
<input type="checkbox"/> Del av dag	Fr o m - t o m (Klocksalg)	Antal timmar

Orsak till ledighet:

Tidigare under läsåret uttagen ledighet

Fr o m - t o m	Antal timmar	Antal dagar
----------------	--------------	-------------

Datum och underskrift

Datum	Vårdnadshavarens namnteckning	Elevens namnteckning
-------	-------------------------------	----------------------

Ifylls av klassföreståndaren (ledighet upp till 10 dagar/läsår)

<input type="checkbox"/> Ledighetens beviljas	<input type="checkbox"/> Ledigheten kan ej beviljas
Underskrift:	Datum:
Eventuella arbetsuppgifter under ledigheten:	

Rektorns beslut om ledigheten är längre än 10 dagar/läsår

<input type="checkbox"/> Ledighetens beviljas	<input type="checkbox"/> Ledigheten kan ej beviljas
Orsak:	
Underskrift	Datum: