

**Barnet**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Klass	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
Eventuella arbetsuppgifter under ledigheten	
Underskrift	Datum

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:

Vi behandlar personuppgifter enligt vår integritetspolicy. Läs mer på <http://www.kristnaskolan.se/integritetspolicy/>

Posta blanketten till Kristna Skolan eller lämna på skolans expedition.