



Skickas till:

Lilla Edets kommun
Bildningsförvaltningen
463 80 Lilla Edet

Skolgång påbörjas i:

Kommun	
Skola	Klass
Önskat startdatum	
Kontaktperson	

Skolgång avslutas i:

Kommun	
Skola	Klass
Önskat slutdatum	
Kontaktperson	

Elevens namn	Elevens personnummer
Modersmål	Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Vårdnadshavare 1, namn		Vårdnadshavare 2, namn	
Personnummer	Telefonnummer	Personnummer	Telefonnummer
Gemensam vårdnad <input type="checkbox"/>	Delad vårdnad <input type="checkbox"/>	Enskild vårdnad <input type="checkbox"/>	

Flyttar från: Utdelningsadress	Postnummer	Ort
Flyttar till: Utdelningsadress	Postnummer	Ort

Övriga upplysningar

Datum	Underskrift vårdnadshavare 1	Underskrift vårdnadshavare 2
-------	------------------------------	------------------------------