

ANSÖKAN OM LEDIGHET

Elevens namn

Klass

Personnummer

Ledighet önskas _____

fr.o.m.

t o m

Antal dagar

Orsak till ledighet

Elevens underskrift

Vårdnadshavares underskrift
(om eleven är under 18 år)

IFYLLS AV KLASSFÖRESTÅNDARE

Tillstyrks

Avstyrks

Orsak

Datum

Klassföreståndares underskrift

Vid ledighet mer än 6 dagar per år ska även rektor tillfrågas.

REKTORS BESLUT

Beviljas

Beviljas ej

Orsak

Datum

Rektors underskrift