

Ansökan om byte av kurs

Namn
Personnummer

	Jag vill byta ifrån	Jag vill byta till	Beviljas	Avslås
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Elevens underskrift

Datum

Beslutfattares underskrift

VUXENUTBILDNING
SKOLA

KUNGÄLVS
KOMMUN



ADRESS Borgarparken 28, 442 16 Kungälv
TELEFON 0303-23 83 40 vx
FAX 0303-158 04
E-POST kommun@kungalv.se
HEMSIDA www.kungalv.se