

Anmälan till Johannesskolan

HT ____ 2017 VT ____ 2018
ev. datum ev. datum

1.

Namn		Personnummer	
<input type="checkbox"/> Förskoleklass 6 år	<input type="checkbox"/> Skola Åk	<input type="checkbox"/> Fritidshem	

2.

Namn		Personnummer	
<input type="checkbox"/> Förskoleklass 6 år	<input type="checkbox"/> Skola Åk	<input type="checkbox"/> Fritidshem	

Modersmål:	Önskar läsa modersmål <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
------------	--

Modernt språk:	Önskar i stället sv/en <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
----------------	---

Föräldrar:

Namn:	Namn:
Bostadsadress:	Bostadsadress:
Postadress:	Postadress:
Telefon:	Telefon
Mobilnr:	Mobilnr:
Epost:	
Epost:	

Datum:	Datum:
Underskrift:	Underskrift

v v vänd!

Här kan du lämna övriga uppgifter om ditt/dina barn, t.ex allergier

Finns det någon utredning av något slag på eleven? Ja Nej

Om ja, vilken typ av utredning?

Om ditt barn kommer från en annan skola, ber vi dig fylla i nedanstående uppgifter!

Vilken lärare på den gamla skolan kan vi kontakta för information?

Skolans namn

Lärarens namn:

Telefon:

Finns det behov av stödundervisning? Ja Nej

Om ja, i vilka ämnen?

I vilken omfattning har eleven haft stödundervisning i sin gamla skola?

Övriga upplysningar: