

Ledighet för elev

Elevens uppgifter

Efternamn	Namn	Personnummer
Klass	Skola	

Önskar ledigt

Datum fr.o.m. - t o m -	Klockan
Skäl för ledigheten _____ _____	

Lärare

Avslås <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Orsak	
Beviljas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum	Underskrift

Rektor

Avslås <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Orsak	
Beviljas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum	Underskrift

Resultatenhetschef

Avslås <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Orsak	
Beviljas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum	Underskrift

Underskrift

Datum	Datum
Vårdnadshavares underskrift	Vårdnadshavares underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Vid gemensam vårdnad ska blanketten undertecknas av båda vårdnadshavarna. Blanketten lämnas till skolan. Vid längre ledighet än tio skoldagar per läsår beslutas ledighet av resultatenhetsansvarig rektor.