



Härnösands kommun

Ansökan om att avsluta eller byta kurs

Skolförvaltningen

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
E-postadress	Telefon
Klass	Mentor

Avsluta eller byta kurs

Jag vill avsluta kursen	Lärare
Jag vill byta från kurs	Jag vill byta till kurs
Datum	Underskrift elev
Datum	Underskrift vårdnadshavare (om ej myndig elev)

Anledning till avslut eller byte av kurs

--

Beslut

<input type="checkbox"/> Elevens studieplan uppnår examensmålen efter detta val (ifylles av SYV)	
<input type="checkbox"/> Tillstyrker	<input type="checkbox"/> Tillstyrker ej
Datum	Studie- och yrkesvägledare

<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas	<input type="checkbox"/> Ansökan beviljas ej
Datum	Rektor

Lämnas till studie- och yrkesvägledare efter beslut av rektor.

Kopia för beslut till

Admin/schema	Mentor	Schemaläggare	Elev
--------------	--------	---------------	------

Postadress
871 32 Härnösand

Telefon växel
0611-34 80 00

Bankgiro
5576-5218

Hemsida
www.harnosand.se/gymnasiet

Besöksadress
Brunnshusgatan 20

Fax
0611-34 85 15

Organisationsnr
212000-2403

E-post
gymnasiet@harnosand.se