



## Ansökan om utökning av program

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
E-postadress	Telefon
Klass	Mentor

Utökning av program	Skolans anteckning	
Jag ansöker om att få utöka studierna med kurs	Start år/månad	Kurskod/grupp

Jag är medveten om att jag behöver fullfölja påbörjad kurs om det är mer än 1 månad efter kursstart.

Orsak till utökning av program	
Datum	Underskrift elev
Datum	Underskrift vårdnadshavare (endast om omyndig elev)

Tillstyrkes		
Schemaläggare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	SYV <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Behov av kursyta <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Beslut	
<input type="checkbox"/> Beviljas	<input type="checkbox"/> Beviljas ej
Datum	Rektor

### Kopia av beslut till

Admin	Mentor	Schemaläggare	Elev
-------	--------	---------------	------

**Behov av kursyta (Härnösands gymnasiums anteckningar)**

---

**Postadress**  
871 32 Härnösand

**Besöksadress**  
Brunnshusgatan 20

**Tel vx**  
0611-34 80 00

**Fax**  
0611-34 85 15

**Bankgiro**  
5576-5218

**Organisationsnr**  
212000-2403

**Hemsida**  
[www.harnosand.se/gymnasiet](http://www.harnosand.se/gymnasiet)

**E-post**  
[gymnasiet@harnosand.se](mailto:gymnasiet@harnosand.se)