



## ANSÖKAN VID INFLYTTNING - skolans namn: \_\_\_\_\_

### Fylls i av vårdnadshavare/ kontaktperson som eleven är placerad hos

Elevens namn		Personnummer/dossiernummer	
Ny Adress		Postnummer	Postadress
Nuvarande adress		Postnummer	Postadress

Datum för elevens inflyttning		Datum för elevens folkbokföring i Kinda kommun	
Talas annat modersmål än svenska i hemmet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilket?			

Namn vårdnadshavare		Personnummer/ dossiernummer	Telefonnummer vårdnadshavare nås på
Ny adress		Postnummer	Postadress
Mailadress			
Namn vårdnadshavare		Personnummer/ dossiernummer	Telefonnummer vårdnadshavare nås på
Ny adress		Postnummer	Postadress
Mailadress			
Kontaktpersonen som eleven är placerad hos		Personnummer/ dossiernummer	Telefonnummer kontaktpersonen nås på
Adress		Postnummer	Postadress
Mailadress			

### Avlämnande skola

Skolans namn, kommun, klass	Telefon
-----------------------------	---------

### **Obligatoriskt vid inflyttning i kommunen eller som ny elev i kommunen**

Gemensam vårdnad  Enskild vårdnad (bifoga kopia på beslutet)

.....  
Ort och datum

.....  
Vårdnadshavarens underskrift (vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna)

### Fylls i av rektor

Beslut om mottagande av elev

.....  
Ort och datum

.....  
Rektors underskrift