

Utflyttningsanmälan skola

Lämnas till skolan.

Personuppgifter

Elevens namn	Personnummer (10 siffror)	Telefonnummer
Nuvarande adress	Nuvarande postnummer och ort	
Elevens nuvarande skola	Årskurs	

Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarnas uppgifter lämnas

Namn vårdnadshavare 1	Personnummer vh1	Telefon dagtid vh1
Adress, om annan än barnets.	Postnummer och ort vh1	
Namn vårdnadshavare 2	Personnummer vh 2	Telefon dagtid vh2
Adress, om annan än barnets.	Postnummer och ort vh 2	

Blivande adress

Adress	Postnummer och ort	
Telefonnummer hem/mobil	Datum för flytt	Datum för skolbyte

Ny skola

Ny skola	Kommun
Skolans adress	Postnummer och ort

Vid gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna skriva under

Ort och datum	Vårdnadshavare 1 underskrift
Ort och datum	Vårdnadshavare 2 underskrift

Observera, eventuell fritidsplats sägs upp via Dexter, uppsägningstid två månader.

Sara Lill, rektor



SAMTYCKE TILL ÖVERFÖRANDE AV INFORMATION

Elevers namn	Personnummer (10 siffror)
--------------	---------------------------

Jag ger mitt samtycke till att följande dokumentation får överföras

från (skolans namn): **Staffanstorps Montessoriskola**

till (skolans namn): _____

Samtycket gäller under 6 månader från dagens datum _____

JA	NEJ	(markera med ett X)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omdöme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utredning om elevens behov av särskilt stöd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Åtgärdsprogram
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Journal för elevhälsan medicinsk insats
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopedbedömning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykologisk bedömning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Social bedömning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan dokumentation/information:

Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavare ge sitt samtycke genom namnunderskrift.

Vid gemensam vårdnad. Samtycke kan återkallas när som helst.

Ort och datum	Vårdnadshavare 1 underskrift
Ort och datum	Vårdnadshavare 2 underskrift