



Ansökan till Högalidsskolan



Gäller höstterminen/vårterminen år _____

Profil _____ Önskar plats vid fritidshemmet _____

_____	_____
Elevens namn	Personnr (10 siffror)
_____	_____
Adress	Postadress

_____	_____	_____
Vårdnadshavare		e-post
_____	_____	_____
Tel bostad	Tel arbete	Mobil
_____	_____	_____
Vårdnadshavare		e-post
_____	_____	_____
Tel bostad	Tel arbete	Mobil

<i>Adress (om annan än ovan)</i>		

_____	_____	_____
Nuvarande årskurs	Nuvarande skola	Skolans telefonnummer

Nuvarande stadsdel		

Klassföreståndare/mentor på nuvarande skola samt telefonnummer		

För att förbereda oss och göra en så bra start som möjligt för din son/dotter på Högalidsskolan, ber vi dig som vårdnadshavare att även fylla i baksidan.

Datum

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Skicka ansökan med vanlig post till Högalidsskolan, Folkskolegatan 13, 117 35 Stockholm
Frågor: Exp 08- 508 43 550 Fax 08- 668 56 57 info@hogalidsskolan.com

Ansökan Högalidsskolan

Kompletterande uppgifter (dessa uppgifter skall vara ifyllda för att vi skall kunna behandla er ansökan)

Ange kortfattat varför eleven vill börja hos oss på Högalidsskolan?

Har eleven fått någon form av stödundervisning?
Har eleven hemspråksundervisning?

I vilken kommun är eleven folkbokförd? _____