



## Ansökan till Högalidsskolan profilelev

Gäller höstterminen/vårterminen år \_\_\_\_\_  Klass år \_\_\_\_\_

(profilerna är fr år 4)

Profil: \_\_\_\_\_

Elevens namn		Personnr (10 siffror)	
Adress		Postadress	
Vårdnadshavare			
Tel bostad	Tel arbete	Mobil	
Vårdnadshavare			
Tel bostad	Tel arbete	Mobil	
Adress (om annan än ovan)			
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 nästa sida.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

**Adress** Folkskolegatan 13, 117 35 Stockholm **Tel** 08-6688550 **Fax** 08-6685657

**Mail** rektor@hogalidsskolan.com

Ansökan Högalidsskolan  
Kompletterande uppgifter.

Ange kortfattat varför vill eleven börja hos oss på Högalidsskolan?

Har eleven fått någon form av stödundervisning och /eller har eleven hemspråksundervisning?

I vilken kommun är eleven folkbokförd?

---