



Ansökan om att avsluta eller byta kurs

Skolförvaltningen

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
E-postadress	Telefon
Klass	Mentor

Avsluta eller byta kurs

Jag vill avsluta kursen		Lärare
Jag vill byta från kurs		Jag vill byta till kurs
Datum	Underskrift elev	
Datum	Underskrift vårdnadshavare (om ej myndig elev)	

Anledning till avslut eller byte av kurs

--

Beslut

☐ Elevens studieplan uppnår examensmålen efter detta val (ifylles av SYV)	
☐ Tillstyrker	☐ Tillstyrker ej
Datum	Studie- och yrkesvägledare

Anteckningar

--

☐ Ansökan beviljas	☐ Ansökan beviljas ej
Datum	Rektor

Lämnas till studie- och yrkesvägledare efter beslut av rektor.

Kopia för beslut till

Admin/schema	Mentor	Schemaläggare	Elev
--------------	--------	---------------	------

När jag skickar in denna blankett samtycker jag till att Härnösands kommun behandlar personuppgifterna enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på: www.harnosand.se/gdpr

Postadress
871 32 Härnösand

Telefon växel
0611-34 80 00

Bankgiro
5576-5218

Hemsida
www.harnosand.se/gymnasiet

Besöksadress
Brunnshusgatan 20

Fax
0611-34 85 15

Organisationsnr
212000-2403

E-post
gymnasiet@harnosand.se