



Förnamn*	Personnummer*
Efternamn*	Årskurs*
Vårdnadshavare 1*	Personnummer *
E-post*	Telefonnummer*
Vårdnadshavare 2	Personnummer
E-post	Telefonnummer
Sista skoldag vid Axonaskolan*	
Övertagande skola*	
Jag/Vi godkänner att Axonaskolan överlämnar dokumentation till övertagande skola*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Avslutas skolplaceringen på grund av geografisk flytt?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om nej, ange skäl till varför ni valt att avsluta skolplaceringen	

* Obligatoriska uppgifter

Jag/Vi avslutar härmed mitt/vårt barns skolplacering hos Axonaskolan och är medvetna om att vi måste, enligt gällande turordningsregler, ansöka om en ny skolplats.

(Vid gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna underteckna)

De uppgifter Ni lämnar kommer att föras in i en databas och sparas för att skolan skall kunna använda uppgifterna för analys och vid eventuellt ny köplats. Uppgifterna kommer att behandlas i enighet med bestämmelserna i datalagen och personuppgiftslagen.

Härmed försäkras att de av mig lämnade uppgifterna är sanningsenliga

Ort

Datum

Namnunderskrift vårdnadshavare 1

Namnunderskrift vårdnadshavare 2