



KOMVUX
SÄRVUX
Lärkgatan 6
26232 Ångelholm
Tel. 0431-468674

Datum för ansökan.....

Ansökan till särskild utbildning för vuxna

Efternamn	Förnamn	Personnummer
-----------	---------	--------------

Adress	
Postnr	Postadress
Telefonnr/Mobilnr	E-post

Jag har tidigare gått i, markera med kryss i rutorna nedan:

<input type="checkbox"/> Grundskola	<input type="checkbox"/> Träningsskolenivå	<input type="checkbox"/> Grundsärnivå
<input type="checkbox"/> Grundsärskola	<input type="checkbox"/> Individuella programmet	<input type="checkbox"/> Nationella programmet
<input type="checkbox"/> Gymnasiesärskola		
<input type="checkbox"/> Yrkesinriktad särskild utbildning för vuxna		
<input type="checkbox"/> Annan utbildning: _____		

Nuvarande sysselsättning/arbete

Arbete/daglig verksamhet/SIA:
Adress:
Arbetsgivare/kontaktperson:
Telefon:

Härmed tillstyrks att ovanstående elev antages för undervisning inom SÄRVUX i:

Ort..... Fr o m.....

.....
Lärare

antagen

Ångelholm den.....

Mathias Jostvik
Rektor
