STRÄNGNÄS KOMMUN

UPPSÄGNING AV UNDERVISNING I MODERSMÅL

Besked till Språkcentrum

Modersmål /språk	**Modersmålslärares namn**
Personnummer 10 siffror	
Elevens förnamn	**Elevens efternamn**
Skola	**klass**

Vårdnadshavares namn	**Telefonnummer**
Vårdnadshavares underskrift	**Datum Ort**

Underskrift från båda vårdnadshavare krävs om ni har gemensamvårdnad men inte bor ihop.

Vårdnadshavares namn	**Telefonnummer**
Vårdnadshavares underskrift	**Datum Ort**

STRÄNGNÄS – *Datum för undertecknad*

Rektors signering

Blankett skickas till
Språkcentrum Strängnäs
Strängnäs 645 80