

**Ansökan till utbildning vid GYMNASIESÄRSKOLAN läsåret _____****PERSONUPPGIFTER**

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefon:
Postadress:	Hemkommun:
Nuvarande skola och klass:	Eleven har rätt till särskola Ja
Rektor:	Telefon:

Jag är intresserad av

Nationellt program Verksamhetsträning Yrkesträning
--

Ort och datum:	Ort och datum:
Sökandes underskrift:	Målsmans underskrift:

Yttrande från hemkommunen

Ovanstående utbildning godkänns av hemkommunen	Ja	Nej
Ort och datum:	Underskrift:	

Beslut av mottagande skola

Du tas emot som sökande till utbildningen	Du tas inte emot som sökande
	Motivering:
Ort och datum:	Underskrift:

Mer information hos : www.skolverket.se**Sista ansökningsdag 1 feb*****Ifylld ansökan skickas till nedanstående adress:***

Karlfeldtgymnasiet	Tfn: 0226-64 51 59	Organisationsnr: 2120002262
	Fax: 0226-64 57 32	Postgiro: 3 09 80-7
774 81 Avesta	E-post: karlfeldtgymnasiet@edu.avesta.se	Bankgiro: 794-0737
Besöksadress: Frejgatan 1		