

Anmälan avser

Datum för flyttning	<input type="checkbox"/> Flyttning inom kommunen	<input type="checkbox"/> Flyttning till annan kommun	<input type="checkbox"/> Flyttning från annan kommun
---------------------	--	--	--

Elev

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

Elevens nuvarande kontaktuppgifter

Adress	Telefon dagtid
Postadress	Telefon kvällstid

Elevens nuvarande skola

Elevens nuvarande skola	Klass
Adress	
Kommun	Telefon

Elevens blivande kontaktuppgifter

Adress	Telefon dagtid
Postadress	Telefon kvällstid

Elevens mottagande skola

Elevens mottagande skola	Klass
Adress	
Kommun	Telefon

Underskrift

Datum	Ort	Datum	Ort
Underskrift		Underskrift	
Namnförtydligande		Namnförtydligande	

Blanketten skickas tillTjörns Kommun
Barn- och utbildningsförvaltningen
471 80 Skärhamn**Vid frågor, kontakta oss gärna**Telefon: 0304-60 19 00 eller 60 15 00
E-post: barn.utbildning@tjorn.se