

**ANSÖKAN TILL ALSTRÖMERYMNASIET ANPASSAD GYMNASIESKOLA,
NATIONELLA PROGRAM, Läsåret 2024/2025**

Val 1	Program	Ort
Val 2	Program	Ort
Val 3	Program	Ort

Tidigare skolgång: Obligatoriska grundskolan Skola: _____
Individintegrerad Skola: _____
Annan skolgång Skola: _____

Hemkommunen bedömer att eleven har förutsättningar att följa utbildningen på ett Nationellt program

Vårdnadshavare godkänner att underlag för ”Mottagande i anpassad gymnasieskola” får inhämtas från avlämnande skola.

Efternamn, tilltalsnamn för sökande_____
Vårdnadshavare 1, namn_____
Personnummer_____
Vårdnadshavare 1, adress_____
Adress_____
Postnummer och ort_____
Postnummer och ort_____
Telefonnummer (även riktnummer)_____
Telefonnummer (även riktnummer)_____
Vårdnadshavare 1, underskrift_____
Sökandens underskrift_____
Vårdnadshavare 2, underskrift
(vid delad vårdnad)**Ansökan skickas till ansvarig för Anpassad gymnasieskola i hemkommunen senast torsdag den 1 februari 2024**