

## UTFLYTTNING/INFLYTTNING/BYTE AV SKOLA

Skola	Klass	Flyttdatum
-------	-------	------------

### Personuppgifter

Elevens namn		Personnummer
Nuvarande adress	Postadress	Telefonnummer
Ny adress	Ny postadress	Nytt telefonnummer

Inom kommun

Annan kommun

Mottagande kommun		Mottagande skolenhet	
Adress	Postadress	Telefon	
Kontaktperson			
Avlämnande kommun		Avlämnade skolenhet	
Adress	Postadress	Telefon	
Kontaktperson			

### Övriga upplysningar:


Ort och datum .....

.....  
Vårdnadshavares underskrift

.....  
Vårdnadshavarens underskrift

**OBS! Vid gemensam vårdnad ska blanketten vara undertecknad av båda vårdnadshavarna.**

Med min namnteckning ger jag mitt samtycke till att dessa uppgifter kommer att databehandlas.

Skickas till: Krokoms kommun, Barn- och utbildning, 835 80 Krokoms

Kopia till:  Skolsköterskan     SYV     Skolkurator  
 Klassföreståndare     Mottagande skola