



**ÖRKELLJUNGA KOMMUN**  
Utbildningsförvaltningen

**ANMÄLAN OM UTFLYTTNING, ADRESSÄNDRING, SKOLBYTE MM**

**ELEV**

Namn:	
Personnr:	
Skola:	
Klass:	

**UTFLYTTNING (från kommunen)**

Utflyttningsdatum:	
Förälder/målsman:	
Ny adress:	
Ny postadress:	
Ny tel:	
Ny kommun:	
Ny skola:	

**ADRESSÄNDRING**

Fr.o.m datum:	
Förälder/målsman:	
Ny adress:	
Ny postadress:	
Ny tel:	

**BYTE AV SKOLA - TILL FRISTÅENDE SKOLA ELLER KOMMUNAL SKOLA I ANNAN KOMMUN**

Ny fristående skola:	Ny kommunal skola i annan kommun:
Kommun:	Kommun:
Fr.o.m datum:	

**ANSÖKAN OM BYTE TILL ANNAN KOMMUNAL SKOLA I ÖRKELLJUNGA  
KOMMUN**

Önskemål om ny kommunal skola:	
Fr.o.m datum:	

**ÖVRIGT** (T ex ändring av namn, kontaktperson, tel m.m.)


-----  
Datum

-----  
Vårnadshavares underskrift

-----  
Vårnadshavares underskrift

**Lämna blanketten till skolan eller sänd den till:  
Utbildningsförvaltningen  
Box 114  
286 22 Örkelljunga**