

# Utflyttningsanmälan skola

Lämnas till skolan.

## Personuppgifter

Elevens namn	Personnummer (10 siffror)	Telefonnummer
Nuvarande adress	Nuvarande postnummer och ort	
Elevens nuvarande skola	Årskurs	

## Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarnas uppgifter lämnas

Namn vårdnadshavare 1	Personnummer VH 1	Telefon dagtid VH 1
Adress, om annan än barnets.	Postnummer och ort VH 1	
Namn vårdnadshavare 2	Personnummer, VH 2	Telefon dagtid VH 2
Adress, om annan än barnets.	Postnummer och ort, VH 2	

## Blivande adress

Adress	Postnummer och ort	
Telefonnummer hem/mobil	Datum för flytt	Datum för skolbyte

## Ny skola

Ny skola	Kommun
Skolans adress	Postnummer och ort

## Vid gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna skriva under

Ort och datum	Vårdnadshavare 1 underskrift
Ort och datum	Vårdnadshavare 2 underskrift

**Observera, eventuell fritidsplats sägs upp på kommunens E-tjänst, SchoolSoft. Uppsägningstid är två månader.**

---

Ann Johansson, rektor

## SAMTYCKE TILL ÖVERFÖRANDE AV INFORMATION

Elevens namn	Personnummer (10 siffror)
--------------	---------------------------

Jag ger mitt samtycke till att följande dokumentation får överföras

från (skolans namn): **Staffanstorps Montessoriskola**

till (skolans namn): \_\_\_\_\_

Samtycket gäller

under

6 månader från dagens datum \_\_\_\_\_

JA	NEJ	(markera med ett X)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omdöme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utredning om elevens behov av särskilt stöd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Åtgärdsprogram
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Journal för elevhälsan medicinsk insats
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopedbedömning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psykologisk bedömning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Social bedömning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan dokumentation/information:

Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavare ge sitt samtycke genom namnunderskrift.

Vid gemensam vårdnad. Samtycke kan återkallas när som helst.

Ort och datum	Vårdnadshavare 1 underskrift
Ort och datum	Vårdnadshavare 2 underskrift