



Barn- och utbildningsförvaltningen

Skola

Skola:		Rektor:	
Adress:		Postnr:	Postort:
Telefon rektor:		E-post-adress rektor:	

Elev

Förnamn:	Efternamn:	Personnummer:
Program/inriktning:		

Ansökan

Läsår ansökan avser:
BAKGRUND. Orsak till förlängd studiegång, t ex sjukdom, diagnos, frånvaro eller annat. Skolans tidigare åtgärder:
NULÄGESBESKRIVNING. Vilka kurser ska eleven läsa in och hur många poäng omfattar det?
MÅL. Skolans åtgärdsprogram för eleven under det fjärde året för att uppnå gymnasieexamen:
TIDPLAN. Beskrivning av hur lång tid de förlängda studierna beräknas ta:

Underskrift

Datum:	Underskrift rektor:	Namnförtydligande rektor:
--------	---------------------	---------------------------

Åtgärdsprogram och beslut om förlängda studier ska **bifogas denna ansökan.**

Kontaktuppgifter

Adress: Kristianstads kommun, barn- och utbildningsförvaltningen, 291 80 Kristianstad. **E-postadress:** buf@kristianstad.se