

## UTFLYTTNINGSANMÄLAN

Elevens namn	Personnummer
Vårdnadshavare 1	Personnummer
Telefonnummer	
Vårdnadshavare 2	Personnummer
Telefonnummer	

### Ny adress

Ny adress	Postnummer	Postadress
Datum för utflyttning		

### Avlämnande skola

Skolans namn	Tel.nr
Mentor	Klass

### Mottagande skola

Skolans namn, kommun	Tel.nr
Adress	Klass

Vårdnadshavare godkänner att hälsovårdsjournalen får översändas till skolsköterskan vid mottagande skola <input type="checkbox"/>	
_____	
Ort och datum	
_____	
Vårdnadshavares underskrift	Vårdnadshavares underskrift

Kopia:  
Assistent elevregister  
SYV (åk 6-9)  
Skolsköterska  
Mentor  
Skolskjutsansvarig  
Folktandvården