



ÄNGELHOLMS
GYMNASIESKOLA

Ledighetsansökan

Elevers namn		Klass
Önskad ledighet		
Fr o m – t o m	Antal dagar	Fr o m – t o m del av dag

Orsak till ledigheten

Tidigare under året uttagen ledighet

Fr o m – t o m	Fr o m – t o m	Fr o m – t o m	Antal dagar
----------------	----------------	----------------	-------------

Undertecknade elev och vårdnadshavare tar fullt ansvar för de konsekvenser som ledigheten får för skolarbetet. Inga anspråk på extra hjälp, omskrivningar etc som följd av frånvaron kommer att ställas på skolan.

Underskrift

Elevers namnteckning	Målsmans namnteckning
----------------------	-----------------------

Tillstyrks

Kurs/lärare	Kurs/lärare	Kurs/lärare	Kurs/lärare
Kurs/lärare	Kurs/lärare	Kurs/lärare	Kurs/lärare

Ifylles av mentor

Tillstyrks Ja Nej
Beviljas Ja Nej

Orsak

Datum	Mentors underskrift
-------	---------------------

Rektors beslut

Beviljas Ja Nej

Orsak

Datum	Rektors underskrift
-------	---------------------