



## Östra Göinge Kommun

### INFLYTTNINGSANMÄLAN

(ifylles av vårdnadshavare för vidare befordran till expeditionen)

Datum.....

### Anmälan avser

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Flytt från annan kommun | Datum |       |
| Lämnande kommun                                  | Skola | Tfn   |
|  | Klass | Datum |

|   |                |       |       |
|---|----------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> Flytt inom Östra Göinge kommun | Lämnande skola | Datum | Klass |
|---|----------------|-------|-------|

|                                      |                           |     |
|--------------------------------------|---------------------------|-----|
| Elevens önskade skolområde och skola | Klass                     |     |
| Elevens efternamn och tilltalsnamn   | Personnummer (12 siffror) |     |
| Elevens blivande gatuadress          | Postadress och postnr     | Tfn |

.....  
Underskrift  
Vårdnadshavare 1

.....  
Underskrift  
Vårdnadshavare 2

.....  
Namnförtydligande

.....  
Namnförtydligande