

Vikingaåsens skola
Skolvägen 3
22150 JOMALA
t. 32970

Ansökan om ledighet

Datum: _____

Ifylles av vårdnadshavaren:

Elevens namn: _____ **Klass:** _____

Tid för önskad ledighet, fr o m - t o m: _____

Orsak till ledigheten: _____

Vårdnadshavares underskrift: _____

Ifylles av skolan:

___ **Beviljas**

___ **Rekommenderas ej** Orsak: _____

Datum: _____

Klasslärare/ Rektor: _____

Vårdnadshavare ansvarar för att motsvarande kunskaper inhämtas under extra ledighet.