FALKÖPING KOMMUNEN

ANSÖKAN OM LEDIGHET
Ållebergsgymnasiet

_____
Datum

Elevens namn	Klass	Personnummer

PERIOD DÅ ELEVEN ANSÖKER OM ATT TA LEDIGT

Fr o m - t o m	Antal dagar	Fr o m - t o m klockan (vid del av dag)

Orsak till ledigheten
OBS: All ledighet förutsätter att elev tillsammans med målsman(gäller omyndig elev) tar fullt ansvar för återläsning av förlorad studietid. Ållebergsgymnasiets skolledning och lärarkår rekommenderar, för elevens bästa, att resor m.m. i första hand förläggs till ordinarie ferier. Om elev tar ledigt trots avslag betraktas det som ogiltig frånvaro vilket kan medföra indraget studiestöd.

MENTORS YTTRANDE MED REKOMMENDATION

UNDERSKRIFT ansökan **Vårdnadshavare tillstyrker**

Elevens namnteckning	Vårdnadshavarens namnteckning

BESLUT **(DATUM:)**

☐ **Beviljas**

☐ **Beviljas ej**

_____
Mentor

Ållebergsgymnasiet
Barn- och Utbildningsförvaltningen
521 81 Falköping Hjelmarsrörsgatan 2 Telefon 0515-77 60 00
Fax 0515-803 93 alleberg@falkoping.se **www.falkoping.se**