**ANSÖKAN TILL INTRODUKTIONSPROGRAMMET**

IMS IM-Praktik Förälder/företrädare tillåts frånvaroanmäla

 för myndig elev

IMA CSN

**Personuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Personnummer: | Dossiernummer:  |
| Förnamn: | Efternamn: |
| Adress: | Postnummer, ort: |
| Folkbokföringsadress: | Postnummer, ort: |
| Telefonnummer elev: | E-post: |
| Hemland: | Modersmål: |

**Vårdnadshavare**

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn: | Efternamn: |
| Adress: | Postnummer, ort: |
| Telefonnummer: | E-post: |

**Boende**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn på boendet: | Kontaktperson: |
| Telefonnummer: | E-post: |

**Socialhandläggare**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Telefonnummer: |
| E-post: |

 **Vänd **

**Sökandes underskrift Datum**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vårdnadshavare/Företrädare**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Jag godkänner med min namnteckning att uppgifter om mig registreras och behandlas** **i skolans register samt Hörby skolors webbtjänst Skola24 enligt dataskyddsförordningen (GDPR).**

**Jag är medveten om att jag när som helst kan återta detta samtycke.**

**Registreringsuppgifter:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klass** | **Årskurs** | **Startdatum** | **Registrerad av** | **Schemaregistrering** |