

Vuxenutbildningen

2025-09-30

Fullmakt

Härmed godkänner jag.....(förnamn, efternamn, 10-siffrigt
personnummer) i form av

- ☐ God man
- ☐ Vårdnadshavare
- ☐ Socialhandläggare
- ☐ Annat:.....

att.....(förnamn, efternamn,) får inloggning som
vårdnadshavare till Schoolsoft
för elev.....(förnamn, efternamn, 10-
siffrigt personnummer)

Datum och ort

.....

Underskrift

.....

Namnförtydligande

.....