

ANSÖKAN OM INACKORDERINGSTILLÄGG

OBS! Läs informationsbladet om inackorderingstillägg innan du fyller i blanketten!

Personuppgifter (TEXTA):

Efternamn och tilltalsnamn		Personnummer (10 siffror)
Folkbokföringsadress	Postnummer	Ort

Mobilnummer _____

Utbildning:

Skolans namn	Skolort
Program	Klass/årskurs
Avser läsår 2017/2018	Riksintag <input type="checkbox"/> IB-utbildning <input type="checkbox"/>

Period avsedd att söka för:

<input type="checkbox"/> Hela läsåret	<input type="checkbox"/> Endast höstterminen
<input type="checkbox"/> Endast vårterminen	<input type="checkbox"/> Annan period:

Elevens inackorderingsadress:

Inackorderingsadress:	c/o
Postnummer, ort	

Orsak till inackordering:

<p>Antal km mellan hemort och skolort: _____</p> <p>Fyll i uppgifter om busslinjer och busstider Avresa från hemmet kl..... Restid f m..... min Avresa från skolan kl. 16.00 – hemkomst kl..... Restid e m min Ange busslinjer.....</p> <p>Kommentar: _____</p>

Vårdnadshavare:

Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Adress	Adress
Postnummer och ort	Postnummer och ort
Telefonnummer	Telefonnummer

Uppgifter om utbetalning:

Betalningsmottagarens namn (eleven eller vid omyndig elev: förälder)		
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Bank	Clearingnummer	Kontonummer

Underskrift:

Härmed försäkrar jag att de uppgifter som lämnas i denna ansökan är fullständiga och sanningsenliga. Jag försäkrar också att jag läst igenom och tagit del av anvisningarna och reglerna i informationsbladet om inackorderingstillägg.

Datum och underskrift

Elev

Vårdnadshavare 1 för omyndig elev

Vårdnadshavare 2 för omyndig elev
Ansökan skickas till:

**Oscarsgymnasiet
Inackorderingstillägg
Box 708
572 28 Oskarshamn**

BESLUT:

Beviljas Avslås Orsak _____ Sign. handläggare