

Stiftelsen Katolska Skolan av Notre Dame

ANSÖKAN OM LEDIGHET	Datum: _____
Barnets namn: _____	Klass: _____
Orsak till ledigheten: _____ _____	
Fr o m - t o m: _____	Antal skoldagar: _____
Vårdnadshavarens underskrift _____	

<input type="checkbox"/>	tillstyrkes	_____	_____
<input type="checkbox"/>	tillstyrkes ej	datum	Klassföreståndares/mentors underskrift
<input type="checkbox"/>	beviljas	_____	_____
<input type="checkbox"/>	beviljas ej	datum	Rektors underskrift

UPPGIFTER ATT UTFÖRA UNDER FRÅNVARON: _____ _____ _____ _____ _____ _____
Uppgifterna ska lämnas in till klassföreståndare / mentor senast den _____ (datum)