Ansökan om ledighet – Komvux & SFI, Ölands utbildningscenter

Efternamn	Förnamn	Personnummer

Ledighet önskas fr.o.m. (ÅÅMMDD)*	Ledighet önskas t.o.m. (ÅÅMMDD)*
Ledighetsansökan avser (ange kurs/kurser):	
Orsak till ledighet	

*Ledighet som överstiger 2 kalenderveckor beviljas ej. Om perioden på din ledighetsansökan överstiger 2 kalenderveckor kommer din ledighetsansökan istället behandlas som ett avbrott. När du har för avsikt att återgå till dina studier är du välkommen med en ny ansökan.

☐ Jag är medveten om att ledigheten kan få konsekvenser för mina studier och att ledigheten *inte* innebär ledighetet från studier.

Elevens underskrift _____ Datum _____

När din ansökan är behandlad blir du meddelad av din lärare.

Ifylls av skolan

Kurs	Lärares utlåtande	Lärares sign.
Kurs	Lärares utlåtande	Lärares sign.
Kurs	Lärares utlåtande	Lärares sign.
Kurs	Lärares utlåtande	Lärares sign.

Skolans anteckningar
☐ Beviljas ☐ Beviljas ej Rektors underskrift _____ Datum _____

ÖLANDS UTBILDNINGSCENTER
Besöksadress Åkerhagsvägen
Postadress Box 500, 387 01 Borgholm
Tel 0485-884 20
E-post olandsutbildningscenter@gyf.se
Hemsida olandsutbildningscenter.se
Org nr 832401-6453
KALMARSUNDS GYMNASIEFÖRBUND