

## Ansökan till gymnasiesärskolan

Skola: \_\_\_\_\_ Program: \_\_\_\_\_

Elevens namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress där eleven är folkbokförd: \_\_\_\_\_

Nuvarande skola: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_ Tel.nr: \_\_\_\_\_

Avslutar obligatorisk skolgång efter: årskurs 9 \_\_\_\_\_ årskurs 10 \_\_\_\_\_ (Markera med X)

Resor: allmänna kommunikationer \_\_\_\_\_ skolskjuts \_\_\_\_\_ (Markera med X)

Annat modersmål än svenska? \_\_\_\_\_

Övriga upplysningar: (Ange här om din son/dotter t. ex har hörsel-, synskada, rörelsehinder, allergier etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vårdnadshavare: \_\_\_\_\_ Vårdnadshavare: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Adress: \_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Tel hem: \_\_\_\_\_ Tel hem: \_\_\_\_\_

Tel arbete: \_\_\_\_\_ Tel arbete: \_\_\_\_\_

Mobiltel: \_\_\_\_\_ Mobiltel: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Ort och datum: \_\_\_\_\_

**Elevens underskrift**

**Vårdnadshavarens underskrift**

**Vårdnadshavarens underskrift**

### Ansökan skickas till:

Tyresö gymnasium  
Margareta Olofsson  
Farmorstigen 7  
135 36 Tyresö

Vi ger tillåtelse att berörd personal tar del av utredning/diagnos

tyresö kommun

