

Datum _____

**ANSÖKAN TILL ALSTRÖMERGYMNASIET ANPASSAD GYMNASIESKOLA
PÅ INDIVIDUELLT PROGRAM Läsåret 2026/2027**☐

Hemkommunen bedömer att eleven ska tas emot på ett Individuellt program

☐

Vårdnadshavare godkänner att underlag för mottagande i Anpassad skola får inhämtas från avlämnande skola.

Nuvarande skola: _____

Hemkommun: _____

Övriga upplysningar: _____

Efternamn, tilltalsnamn för sökande_____
Vårdnadshavare 1, namn_____
Personnummer_____
Vårdnadshavares 1, adress_____
Adress_____
Postnummer och ort_____
Postnummer och ort_____
Telefonnummer (även riktnummer)_____
Telefonnummer (även riktnummer)_____
Vårdnadshavare1, underskrift_____
Sökandens underskrift_____
Vårdnadshavare 2, underskrift
(vid delad vårdnad)**Ansökan skickas till ansvarig för Anpassad gymnasieskola i hemkommunen senast måndag den 2 februari 2026**