

# Avbrott i studierna

## Personuppgifter

Namn	Personnummer
Klass	Telefon
E-postadress	

## Anledning

Avbrottsdatum		
<input type="checkbox"/> Byte av skola	Mottagande skola	Program
<input type="checkbox"/> Slutat för arbete	<input type="checkbox"/> Annat	
Orsak		

## Inlämning av skolans material

<input type="checkbox"/> Passerbricka	<input type="checkbox"/> Chromebook	<input type="checkbox"/> Böcker	<input type="checkbox"/> SL-kort	<input type="checkbox"/> Tömt skåp
---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

## Underskrift

Datum	Namnteckning Elev
Datum	Namnteckning Vårdnadshavare