

## Anmälan till språkintröduktion

### Orust Gymnasieskola

Förnamn	Efternamn
Adress	Postadress
Personnummer/dossienummer	<input type="checkbox"/> Pojke <input type="checkbox"/> Flicka
Telefonnummer	Mobilnummer
e-post	Modersmål

Kontaktperson
---------------

Land:	
Elevens ankomst till Sverige	Elevens ankomst till Orust

Skall eleven delta i modersmålsundervisning. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Buskort (mer än 6 km till skola) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

Funktionsnedsättning <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Synnedsättning <input type="checkbox"/> Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
---

Underskrift vårdnadshavare/god man

Ort (år månad dag)	
Vårdnadshavare/god man 1	
Adress	Telefonnummer
Vårdnadshavare 2	
Adress	Telefonnummer

**Ifylld anmälan skickas till:**

Orust Gymnasieskola

Att Agnetha Olsson

Box 20

473 21 HENÅN

0304-33 42 49

[agnetha.olsson@orust.se](mailto:agnetha.olsson@orust.se)

Besöksadress: Skolvägen 1, Henån