

## Vårdnadshavares önskemål om övergång från anpassade grundskolan till grundskolan.

Elevens namn	Personnummer
--------------	--------------

Jag/vi önskar att vår son/dotter ej längre ska vara mottagen i anpassade grundskolan.

Datum	Vårdnadshavares underskrift	Datum	Vårdnadshavares underskrift
Namnförtydligande		Namnförtydligande	
Gatuadress		Gatuadress	
Postadress		Postadress	
Telefonnummer		Telefonnummer	
E-postadress		E-postadress	

Underskrift av barnets samtliga vårdnadshavare krävs.

Ifyllt och underskriven blankett ska skickas till

Utbildningsförvaltningen  
Registrator  
Box 22049  
104 22 Stockholm

*Personuppgifterna kommer att behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen. Information om behandlingen lämnas av utbildningsnämnden som är personuppgiftsansvarig.  
På [start.stockholm/dataskydd](http://start.stockholm/dataskydd) kan du läsa mer om utbildningsnämndens hantering av personuppgifter och dataskydd.*

UtbF 8662 23-05