

Ledighetsansökan

Datum: _____

elevens namn _____

grupp / klass _____

Önskar vara ledig fr. o m. _____

t.o.m. _____

antal skoldagar _____

Orsak / ändamål

Jag tar härmed ansvar för att mitt barn förlorar
garanterad undervisningstid

vårdnadshavarens underskrift

Ansvarig lärare har rätt att bevilja ett fåtal, men **högst 10 dagar**,
ledigt per läsår. Dagar utöver detta måste även godkännas av
Barn- och utbildningsförvaltningen, Visby.

Fylls i av ansvarig lärare:

Tidigare beviljade dagar under detta läsår: _____

Önskad ledighet:

Beviljas

Avslås

Tillstyrks för vidare beslut:

Beviljas

Avslås

Underskrift ansvarig lärare



Underskrift BUF