

Elev

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Telefon	E-post	
Bostadsadress	Postnr och Ort	

Vårdnadshavare

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Telefon	E-post	

Uppgifter om elevens utbildning

Skolans namn	Skolor	
Utbildning (programmets/linjens/kursens namn)	Årskurs	Klass

Självskjutsbidrag sökes för:

OBS! Får ej sökas om eleven får inackorderingsbidrag!

- Hela läsåret:..... Annan period from..... tom.....

Utbetalning önskas till

Kontoinnehavare	Personnummer	
Bank	Clearing	Kontonummer
Signatur, elev	Signatur, vårdnadshavare	

Blanketten skickas till: Utbildningsförvaltningen
Örkelljunga kommun
286 80 Örkelljunga

Telefon: 0435-55 000