



## INFLYTTNINGSANMÄLAN

Elevens förnamn		Elevens efternamn	
Personnummer/födelsedata		Dossiernummer	
Adress	Postnummer	Postadress	
Vårdnadshavare 1		Telefonnummer	
Vårdnadshavare 2		Telefonnummer	
Talas annat modersmål än svenska i hemmet? <input type="checkbox"/> Ja / Vilket: <input type="checkbox"/> Nej			

### NY adress

Ny adress	Postnummer	Postadress
Datum för inflyttning	Datum för folkbokföring i kommunen	

### Avlämnande skola

Skolans namn	Kommun	Årskurs
Rektor	Tel.nr	
Mentor/klassföreståndare	Tel.nr	
e-post		

### Mottagande skola (fylls i av skolan)

Skolans namn		Tel.nr
Adress		Årskurs
Datum för skolstart	Klass	Mentor

Jag godkänner att skolhälsovårdsjournalen får skickas till skolsköterskan

**Obligatoriskt vid inflyttning i kommunen eller som ny elev i kommunen (boende i annan kommun)**

Gemensam vårdnad  Enskild vårdnad (bifoga kopia på beslutet)

Ort och datum

Vårdnadshavares underskrift (vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna)

Kopia till:  
Skolassistent  
SYV (åk 6-9)  
Skolsköterska  
Skolskjutsansvarig  
Folkandvården

Uppgifter som du lämnar behandlas och sparas i ett dataregister. Du upplyses att du enligt § 26 personuppgiftslagen har rätt att en gång/år efter ansökan få skriftlig information om uppgifterna i registret.