



1. LÄROPLIKT

Namn	Personbeteckning
Adress	
E-post	Telefonnummer
Läroanstalt	Årskurs
Skolans/läroanstaltens namn eller boendekommun (om den läropliktige inte är studerande hos någon utbildningsanordnare)	
För bedömning av ärendet behövs ett läkarutlåtande och vid behov ett yrkesövergripande expertutlåtande	
<input type="checkbox"/> Utlåtande/utlåtandena medföljer den här ansökan, ____ st.	
<input type="checkbox"/> Utlåtandet/utlåtandena har lämnats in på annat sätt, hur och till vem	

2. ANSÖKAN

Grunden för avbrytande av studierna	Ansökningsdag
<input type="checkbox"/> Den sjukdom eller skada som hindrar fullgörandet av läroplikten är av bestående natur	
<input type="checkbox"/> Jag intygar att vårdnadshavarna tillsammans fattat beslutet om att ansöka om avbrytande av fullgörandet av läroplikten tills vidare	

3. VÅRDNADSHAVARENS / VÅRDNADSHAVARNAS UNDERSKRIFTER

Datum	Underskrift och namnförtydligande
Datum	Underskrift och namnförtydligande