



## Ansökan om reducereing av program

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
E-postadress	Telefon
Klass	Mentor

Reducering av program	Skolans anteckning
Jag önskar reducera följande kurser	Kurskod/grupp

Orsak till begäran om reducereing av program	
Datum	Underskrift elev
Datum	Underskrift vårdnadshavare (om omyndig elev)

**Reducering innebär att eleven inte kan få gymnasieexamen.**

Yttrande från elevhälsoteam	
<b>Motivering</b>	
<input type="checkbox"/> Beviljas	<input type="checkbox"/> Beviljas ej
<b>Lämnas till SYV efter beslut av rektor.</b>	
Datum	Rektor

Kopia av beslut till				
Admin	Mentor	Elev	Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2