



Avser läsåret 2016/2017

Elevens namn: _____ Efternamn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Nuvarande skola: _____ Klass: _____

Språkval

Rangordna språkalternativen 1, 2, 3.

Tyska _____

Spanska _____

Franska _____

*Svenska _____

*Engelska _____

Val av svenska

Svenska _____

Svenska som andraspråk _____

*Detta alternativ riktar sig till elever som har svårt att nå målen i svenska och engelska.
Avlämnande lärare måste rekommendera valet genom sin underskrift nedan.

Önskar modersmålsundervisning i: _____

Övrigt: _____

Elevens underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Avlämnande lärare bedömer att eleven behöver stöd i svenska/engelska.

Underskrift

Blanketten lämnas till klassföreståndaren eller skickas direkt till Särilaskolan, Särilagatan 1, 504 39 Borås **senast 12 februari 2016**.

SÄRLASKOLAN

POSTADRESS

504 39 Borås

BESÖKSADRESS

Särilagatan 1

WEBBPLATS

boras.se/sarlaskolan

E-POST

harald.lundqvist@boras.se

TFN

033-35 80 74