

Godkännande av överlämning

Elevens uppgifter

Namn	Personnummer
------	--------------

Härmed godkänner jag att Thoren Innovation School får ta del av följande:

- Åtgärdsprogram
- Gjorda utredningar (pedagogisk utredning, medicinsk utredning, psykologisk utredning, social utredning)
- Annan information rörande skolsituationen på tidigare skolor

Tidigare skolor (skriv den senaste skolan överst)

Godkännandet gäller samtliga skolor listade nedan

Namn på skola	Klass	Period eleven gick på skolan	Kontaktperson på skolan (namn och kontaktuppgifter)

Datum/Ort

Underskrift elev

Underskrift vårdnadshavare

Namnförtydligande elev

Namnförtydligande vårdnadshavare