



SPÅNGBERGSGYMNASIET

Elevens namn

Klass

fr o m _____ dagen den ___/___ kl. _____ t o m _____ dagen den ___/___ kl. _____

Orsak till ledigheten

Jag är medveten om att:

- * det åligger mig att, efter en beviljad ledighet, kontrollera med mina klasskamrater vad som avhandlats under min frånvaro, skriva av anteckningar och skaffa mig kopior på de stenciler som delats ut
- * jag inte kan få stödundervisning eller annan hjälp för att hämta in de avsnitt som jag inte deltagit i genom min frånvaro
- * jag inte kan få kompensation för de timmar jag varit ledig och kommer därför inte att få min garanterade undervisningstid i vissa ämnen
- * det åligger mig att se till att alla som berörs av att jag skall vara ledig får veta detta.

Datum _____

Elevens underskrift

Målsmans underskrift (omyndig elev)

Blanketten inlämnas till mentor om ledigheten avser högst tre dagar.

Beviljas Beviljas ej Datum _____
Mentor _____

Blanketten inlämnas till ansvarig skolledare efter mentors underskrift om ledigheten överskrider tre dagar.

Tillstyrkan för ledighet mer än tre dagar

Datum _____ Tillstyrkes Avrådes _____
Mentor _____

Datum _____ Beviljas Beviljas ej _____
Rektor _____

POSTADRESS
Box 301
682 27 FILIPSTAD

BESÖKSADRESS
Fogdevägen 2
FILIPSTAD

TELEFON
0590-614 12

E-POST
spangbergsgymnasiet@filipstad.se

HEMSIDA
www.filipstad.se/gy

FAX
0590-615 94 (Huvudbyggnaden)
0590-150 73 (Västeräng)