



Ansökan till spetsutbildning i matematik

Sökande elev

VAR GOD TEXTA

| | |
|--|----------------------------|
| Efternamn och tilltalsnamn | Personnummer |
| Gatuadress | Postnummer & postadress |
| Nuvarande skola | Telefon till skola |
| Nuvarande matematiklärare eller mentor | E-post eller telefonnummer |

Vårdnadshavare

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Efternamn och tilltalsnamn | E-post |
| Gatuadress | Postnummer & postadress |
| Telefon dagtid (arbete och mobil) | Telefon bostad |

Vårdnadshavare

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Efternamn och tilltalsnamn | E-post |
| Gatuadress | Postnummer & postadress |
| Telefon dagtid (arbete och mobil) | Telefon bostad |

Vi har tagit del av spetsutbildningens innehåll och upplägg samt antagningsvillkor och anmäler vårt barn till kommande antagningsprov.

Underskrift

Jag godkänner att mina och barnets personuppgifter behandlas för det ändamål som ansökan avser. Vid delad vårdnad krävs underskrift av båda föräldrarna/vårdnadshavarna.

| | |
|------------------------------|-------------------|
| Datum | |
| Vårdnadshavares namnteckning | Namnförtydligande |
| Vårdnadshavares namnteckning | Namnförtydligande |

Påskriften ansökan skall skickas i original eller som signerad pdf-kopia till adressen nedan