

Studieavbrottsanmälan: Till kommunala aktivitetsansvaret KAA

| | |
|---------------|---------------------|
| Förnamn: | |
| Efternamn: | |
| Personnummer: | Telefonnummer: |
| Postadress: | Postnummer och ort: |
| E-post: | Skola: |
| Program: | Årskurs: |

Orsak till avbrott:

Ej studiemotiverad

Felval

Annan orsak

Om annan orsak, ange vad:

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

Övriga upplysningar:

| |
|----------------------|
| |
|----------------------|

Inskickad av:

Tel.nr:

| | |
|----------|----------|
| | |
|----------|----------|

Utskrivningsdatum: _____

