

Elevens namn: _____ Årskurs: _____

Vill byta B-språk från: _____

till: _____

Målsmans underskrift

Datum

	Tillstyrker	Avråder
_____ Avlämnande lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Mottagande lärare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Ordinarie lärare i engelska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ Klassföreståndare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beslut: eleven byter B-språk fr.o.m.: _____

Eleven får ej byta B-språk p.g.a. följande skäl:

Rektors underskrift

Datum