



**BODENS
KOMMUN**

**Skolutvecklingscentrum
CMN**



**Önskan att avbryta modersmålsundervisning
grundskolan och grundsärskolan**

Inkom datum: _____

Uppgifter om eleven

Namn (efternamn och förnamn)	Personnummer
Skola	Klass
Modersmål	

Vi vill att beslutad modersmålsundervisning för ovanstående elev upphör
från och med datum: _____

Orsak till att modersmålsundervisningen önskas upphöra.

Datum

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Ensam vårdnad eller godman JA NEJ

Beslut

Beviljas ej
 Beviljas från datum: _____

Rektors underskrift

Rektorsbeslut skickas till
elevregistrering och till **CMN**.