



**Bodens
kommun**

**Utbildningsförvaltningen
CMN Blomdalen**



**Önskan att avbryta
modersmålsundervisning**
grundskolan och grundsårskolan

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

Ensam vårdnad eller godman JA NEJ

Vårdnadshavares underskrift

Beslut

- Beviljas ej
 Beviljas från datum: _____

Rektors beslut skickas till
elevregistrering och till
CMN Blomdalen.

Rektors underskrift