

Avrop arbetsplatsförlagt lärande/APL

Elev/Praktikant/Anhörig

Namn	Personnummer	Startdatum	Slutdatum
		Mån Tis Ons Tors Fre Lör Sön Jämn v Udda v <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Adress	Telefon	E-post	
Anhörig	Telefon	E-post	

Mottagare

Företags-/org/myndighetsnamn	Org.nummer	Telefon
Handledare	Telefon	E-post

Björknäsgymnasiet

Utbildningsansvarig	Telefon	E-post
---------------------	---------	--------

Villkor

För detta avrop gäller även de villkor som framgår av parternas ramavtal.

Utbildningsplan

Eleven ska utföra följande moment under arbetsplatsförlagda utbildningen

- Se separat plan i bilaga
- Vara med och utföra de moment som praktikföretaget normalt utför i sitt dagliga arbete

Uppföljning

Uppföljning kommer att ske på följande sätt

- Se separat plan i bilaga
- Vid överenskommelse mellan företag och utbildningsansvarig

Detta avropsavtal har upprättats i två likalydande exemplar, varav Björknäsgymnasiet och Mottagaren har var sitt.

Björknäsgymnasiet		Mottagaren	
Ort	Datum	Ort	Datum
Signatur		Signatur	
Namnförtydligande		Namnförtydligande	