



HABO KOMMUN

Barn- och utbildningsförvaltningen

إشعار إلغاء المشاركة في التعليم في اللغة الأم

يجب تسليم الاستمارة إلى مدرسة التلميذ في موعد لا يتعدى 1 أبريل (نيسان)

اللغة الأم

اللغة	يسري الإلغاء ابتداء من
-------	------------------------

معلومات التلميذ

Personnummer تاريخ الميلاد والرقم الشخصي	Förnamn الاسم الأول	Efternamn اسم العائلة
Ort المنطقة	Postnummer رقم البريد	Gatadress عنوان المسكن
Årskurs السنة الدراسية	Nuvarande skola المدرسة الحالية	

توقيع حامل حق الحضانة

التاريخ	التاريخ
توقيع حامل حق الحضانة 2	توقيع حامل حق الحضانة 1
الاسم موضحا	الاسم موضحا

سيتم التعامل بمعلوماتك حسب القواعد المنصوص عليها في تشريح حماية البيانات. إذا كانت توجد لديك أي تساؤلات بهذا الصدد فلا تتوانى عن التواصل مع إدارة شؤون الأطفال والتعليم على رقم الهاتف 036-442 80 00

عنوان البريد
Box 212
566 24 HABO

عنوان الزيارة
Jönköpingsvägen 19

موقع الإنترنت
www.habokommun.se

هاتف
036-442 80 00(vx)

بريد الكتروني
bun@habokommun.se