

ANSÖKAN OM TERMINSKORT/INACKORDERINGSTILLÄGG LÄSÅRET 2009/10

Personuppgifter för eleven	Elevens efternamn och förnamn		Född år, mån, dag — nr	
	Elevens adress (gata, box, etc)	Postnr	Ortnamn	
	Elevens hemortskommun (folkbokföring)	Telefon (även riktnr)		
Uppgifter om utbildning	Skolans namn/ort		Utbildning (program, kurs el dyl)	Årskurs
Studietid	Ansökan avser <input type="checkbox"/> hela läsåret 2009/10 <input type="checkbox"/> hela höstterminen 2009 <input type="checkbox"/> hela vårterminen 2010		<input type="checkbox"/> del av termin Ange kurstid fr.o.m. _____ / _____ t.o.m. _____ / _____	

TERMINSKORT

Ansökan om terminskort	Tid för vilken terminskort söks: <input type="checkbox"/> Hela läsåret 09/10 <input type="checkbox"/> Hela höstterminen <input type="checkbox"/> Del av höstterminen fr.o.m. _____ / _____ t.o.m. _____ / _____ <input type="checkbox"/> Hela vårterminen <input type="checkbox"/> Del av vårterminen fr.o.m. _____ / _____ t.o.m. _____ / _____			
------------------------	---	--	--	--

INACKORDERINGSTILLÄGG

Ansökan om inackorderings-tillägg	OBS! Kan ej kombineras med terminskort! Tid för vilken inackorderingstillägg söks: <input type="checkbox"/> Hela höstterminen <input type="checkbox"/> Del av höstterminen fr.o.m. _____ / _____ t.o.m. _____ / _____ <input type="checkbox"/> Hela vårterminen <input type="checkbox"/> Del av vårterminen fr.o.m. _____ / _____ t.o.m. _____ / _____			
Elevens inackorderings-adress	c/o		Telefon (även riktnr)	
	Adress	Postnr	Ortnamn	

UTBETALNING

Önskar insättning på följande konto:	Bank	Kontonummer
	Kontoinnehavare:	

UNDERSKRIFT

Underskrift	Myndig elev skall själv underteckna ansökan. För omyndig elev skall ansökan undertecknas av vårdnadshavare. Härmed försäkras att lämnade uppgifter är sanningsenliga. Jag förbinder mig att återbetala alt. återlämna termins-kortet om studierna upphör eller ej påbörjas eller om villkoren för inackorderingstillägg ej längre uppfylles.			
	Datum	Denna ansökan är undertecknad av		
		<input type="checkbox"/> myndig elev	<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	
	Namnunderskrift		Namnförtydligande	
	Vårdnadshavarens adress om annan än elevens	Postnr	Ortnamn	

INSÄNDES TILL: Akademi Båstad Gymnasium
 Box 1135
 269 22 BÅSTAD

IFYLLES AV HANDLÄGGARE

Studiehjälpsberättigad

Heltidsstuderande

Termino kort beviljas:

Läsåret 09/10

Annan period fr o m _____ t o m _____

Inackorderingstillägg beviljas: HT _____ mån à _____ kr. Totalt _____ kr.

VT _____ mån à _____ kr. Totalt _____ kr.

Avslag. Motivering: _____

Datum: _____ Handläggarens underskrift: _____

Kort utkvitterat för läsåret 09/10		
Termino kort nr: _____	Kvitteras: _____	Datum: _____
Termino kort nr: _____	Kvitteras: _____	Datum: _____
Termino kort nr: _____	Kvitteras: _____	Datum: _____
Termino kort nr: _____	Kvitteras: _____	Datum: _____
Termino kort nr: _____	Kvitteras: _____	Datum: _____
Termino kort nr: _____	Kvitteras: _____	Datum: _____

t:\christina\mallar\inack_reseb 0910a.doc

Bå Be Personregistrering Tjänstgöringsrapportering Besked bank
 Bå Be Personregistrering Tjänstgöringsrapportering Besked bank