

Ansökan till spetsutbildning i matematik inför lå: ____/____**Sökande elev**

VAR GOD TEXTA

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Gatuadress (avser elevens folkbokföringsadress)	Postnummer & postadress
Nuvarande skola	Telefon till skolan
Nuvarande matematiklärare eller mentor	E-post eller telefonnummer

Vårdnadshavare

VAR GOD TEXTA

Efternamn och tilltalsnamn	E-postadress
Gatuadress	Postnummer & postadress
Telefon dagtid (arbete & mobil)	Telefon bostad

Vårdnadshavare

VAR GOD TEXTA

Efternamn och tilltalsnamn	E-postadress
Gatuadress	Postnummer & postadress
Telefon dagtid (arbete & mobil)	Telefon bostad

OBS: Betyg ska bifogas ansökan!

Vi har tagit del av spetsutbildningens innehåll, upplägg samt antagningsvillkor och anmäler vårt barn till kommande antagningsprov.

Underskrift

Jag godkänner att mina och barnets personuppgifter behandlas för det ändamål som ansökan avser.
Vid delad vårdnad krävs underskrift av båda föräldrarna/vårdnadshavarna.

Datum	
Vårdnadshavares namnteckning	Namnförtydligande
Vårdnadshavares namnteckning	Namnförtydligande

Påskriften ansökan skickas i original eller som signerad pdf-kopia till adresserna nedan.

Grundskolan Metapontum, Stora Mans väg 11C, 125 59 Älvsjö
info@metapontum.se tel. 08-579 70 445