****

**Medgivande av åtkomst till myndig elevs studiesituation**

Vårdnadshavare Vårdnadshavare

|  |  |
| --- | --- |
| Namn\* | Namn\* |
| Adress\* | Adress\* |
| Postnummer och ort\* | Postnummer och ort\* |
| Mobil\* | Mobil\* |
| E-post\* | E-post\* |

*\*Obligatoriska uppgifter*

Jag tillåter skolan att ge ovanstående person/er samma information om min studiesituation, mina studieresultat, frånvaro och hälsojournal som tidigare givits min vårdnadshavare.

Jag är medveten om att jag kan återkalla detta medgivande.

Elev

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn | Klass | Personnummer |
| Adress | Postnummer och ort | |
| Elevs underskrift | Datum | |