



Malmö stad SDF Centrum  
Rörsjöskolan / Zenith skolår 6-9

Ifylles av Rörsjöskolan: *Ansökan inkom (datum)* \_\_\_\_\_

## INSKRIVNINGSBEVIS / KÖBLANKETT

Elevens för- och efternamn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnr. och postadress \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

1) Vårdnadshavarens namn \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tel. (bostad) \_\_\_\_\_ Tel. (arb) \_\_\_\_\_ Mobil. \_\_\_\_\_

2) Vårdnadshavarens namn \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Tel. (bostad) \_\_\_\_\_ Tel. (arb) \_\_\_\_\_ Mobil. \_\_\_\_\_

Inskrivs / önskar plats fr.o.m. \_\_\_\_\_

Nuvarande skola och nuvarande årskurs \_\_\_\_\_

Vårdnadshavaren medger att skolhälsovårdens  
journaler översänds till Rörsjöskolan.

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavaren medger att Rörsjöskolan registrerar  
frånvaro och omdömen i "Skola24".

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

Blanketten sändes till **Rörsjöskolan / Zenith skolår 6-9**  
Zenithgatan 68  
212 14 Malmö