



## Intresseanmälan Johanneskolan

Elevens namn: \_\_\_\_\_

Personnr: | | | | | | | - | | | | |

Vårdnadshavare: \_\_\_\_\_

Gatuadress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tfn hem: \_\_\_\_\_ Tfn arbete: \_\_\_\_\_

Nuvarande skola/förskola: \_\_\_\_\_ Klass: \_\_\_\_\_

Klassföreståndare/  
mentor: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Har på nuvarande skola:  Ja  Nej  Sv  SvA

Särskilt stöd

Undervisning i

Modersmål: \_\_\_\_\_ Fritidshem:  Ja  Nej

Språkval  
Markera med kryss  Franska  Spanska  Språkförstärkning Sv/En

Härmed medger jag som förälder att Johanneskolans personal får ta del av en pedagogisk bedömning från tidigare skola. Denna pedagogiska bedömning ligger till grund för att eleven ska kunna få rätt stöd vid behov.

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares namn

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares namnteckning

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares namn

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares namnteckning

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Elevs namnteckning

Övriga upplysningar tex allergier: \_\_\_\_\_

Ja Skolhälsovården önskar ert medgivande att journalen får  
 Nej överföras från den föregående skolan.

Lämna in till Johanneskolans expedition eller skicka via post till:  
Johanneskolan, Nikolaigatan 7, 214 21 Malmö.

Fälten nedan fylls i av skolan

Ankom: \_\_\_\_\_

Läsår: \_\_\_\_\_

Kö: \_\_\_\_\_