VÄRNAMO KOMMUN

BARN- OCH UTBILDNINGS-FÖRVALTNINGEN

INACKORDERINGSSTÖD

Personuppgifter (elev):

Efternamn, förnamn	Personnummer
Adress	Telefon
Postnummer och ort	Folkbokföringskommun

Utbildning/studieort/inackorderingstid

Skolans namn			
Utbildning .	Åk:	Ht:	Vt:
Utbildningsort	Del av termin = minst 4 skolveckor F r o m t o m		
APU-plats	Ort		

Reseavstånd (restid) – föräldrahemmet och skolan

Färdväg (kollektiva färdmedel samt ev längre gångavstånd)	Tåg/buss etc.	Km enkel resa
Restid/dag (uppgiften lämnas endast om reseavståndet är mindre än 40 km enkel resa) Jag lämnar hemmet kl och kommer hem efter skoldagen kl **= Summa** **tim** **min**		

Inackorderingsadress

C/o	Tel, Mobil
Bostadsadress	Postnummer och ort

Utbetalas till (ej myndig elev)

Förälder:	Personnummer

Härmed försäkrar jag att lämnade uppgifter är riktiga och att jag tagit del av bestämmelsema för inackorderingsstöd

Namnteckning (förälder alt myndig elev)

Ansökan skickas till
Värnamo kommun
Barn- och utbildningsförvaltningen
331 83 Värnamo