

Fullmakt

Fullmakt lämnas av	
Namn(elev)	Personnummer
Vårdnadshavare(gäller elev under 18 år)	Personnummer
Vårdnadshavare(gäller elev under 18 år)	Personnummer
Fullmakt lämnas till	
Namn	Personnummer
Adress	
Telefonnummer(dagtid)	
Fullmakten avser	
Beskrivning	
Fullmakten gäller Under Riksgymnasietiden Till och med(datum)_____	
Underskrift av dig som ger fullmakten	
Datum	
Namnteckning, elev	
Namnteckning, vårdnadshavare	
Namnteckning, vårdnadshavare	