



## Anmälan till PRÖVNING för ett godkänt betyg

Namn		Klass	Personnummer	
Adress			Postnummer	Ort

Kurs		Kurskod
Har tidigare betyg i kursen		Skola
Ja <input type="checkbox"/> Betyg _____ Nej <input type="checkbox"/>		
Kontaktad lärare för provning		Avser att avlägga provning senast

Kurs		Kurskod
Har tidigare betyg i kursen		Skola
Ja <input type="checkbox"/> Betyg _____ Nej <input type="checkbox"/>		
Kontaktad lärare för provning		Avser att avlägga provning senast

Kurs		Kurskod
Har tidigare betyg i kursen		Skola
Ja <input type="checkbox"/> Betyg _____ Nej <input type="checkbox"/>		
Kontaktad lärare för provning		Avser att avlägga provning senast

Datum	Underskrift

### Godkänns av rektor

Datum	Underskrift

### Prövningsperiod

vid tidpunkt för något nationellt prov hösten \_\_\_\_\_

vid tidpunkt för något nationellt prov våren \_\_\_\_\_

annan tidpunkt \_\_\_\_\_