

## ANSÖKAN OM LEDIGHET.

*I gymnasieskolan får rektor bevilja en elev ledighet från skolarbetet för enskilda angelägenheter. Mentor får besluta om upp till 3 dagars ledighet i följd och max 6 dagar per läsår. Övrig ledighet beviljas av rektor efter samråd med undervisande lärare samt en helhetsbedömning av elevens studiesituation. Ansökan lämnas till mentor/klassföreståndare senast 14 dagar före aktuell tid för ledighet.*

Jag, \_\_\_\_\_  
Namn Personnummer Klass

ansöker härmed om ledighet från undervisningen.

Fr o m \_\_\_\_\_ T o m \_\_\_\_\_  
År mån dag År mån dag

Vilket innebär att jag är frånvarande \_\_\_\_\_ dagar i teori \_\_\_\_\_ dagar i APU/APL

Anledning: \_\_\_\_\_

Jag har tidigare varit ledig \_\_\_\_\_ dagar

*Jag ska själv inhämta de kunskaper som jag går miste om under min ledighet. Jag är medveten om att jag inte kommer att erbjudas någon extra undervisning med anledning av ledigheten. Ansvaret för att inhämta utebliven kunskap åvilar mig själv. Vid missat provtillfälle garanteras inte omprov. Frånvaro som inte är beviljad av skolan rapporteras som skolk till CSN.*

*Jag accepterar ovanstående förutsättningar.*

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Underskrift

### Vårdnadshavares underskrift eftersom jag är under 18 år

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Adress Telefon Fax E-mail  
Stobyvägen 6 0451-26 86 00 0451-15 731 [jacobsskolan@hessleholm.se](mailto:jacobsskolan@hessleholm.se)  
281 51 Hässleholm

**Kommentarer från lärare:**

Ämne	Lärare	Tillstyrker	Avstyrker	Kommentar
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Kommentarer från mentor / klassföreståndare**

Eleven har \_\_\_\_\_ timmars frånvaro under terminen

Kommentar: \_\_\_\_\_

Ledigheten tillstyrkes

Ledigheten avstyrkes

\_\_\_\_\_  
Datum                      Mentors underskrift

**Beslut**

**Ledigheten beviljas**

**Ledigheten avslås**

\_\_\_\_\_  
Datum                      Mentors / Rektors underskrift

Adress

Stobyvägen 6

281 51 Hässleholm

Telefon

0451-26 86 00

Fax

0451-15 731

E-mail

[jacobsskolan@hessleholm.se](mailto:jacobsskolan@hessleholm.se)