



Överenskommelse om att avbryta modersmålsstödet/-undervisningen

Barnets/elevens namn _____

Födelsedatum _____

Förskola/skola _____

Modersmål, ange språk _____

Modersmålsstöd/-undervisning för ovanstående barn/elev kommer att upphöra från och med _____ och resten av innevarande läsår.

Orsak till att modersmålsstödet/undervisningen avbryts

Datum

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Datum

Enhetschef för Modersmålsenheten