



Avbryta modersmålsstöd/ undervisning

1 (1)

Överenskommelse om att avbryta modersmålsstödet/-undervisningen

Barnets/elevens namn	Födelsedatum ÅÅMMDD
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

Barn och utbildning

Enheten för flerspråkighet och integration

Postadress
451 51 UDDEVALLA

Besöksadress
Kaserngården 3B

Telefon (vx)
0522-69 60 00

Fax
fax