



Avbryta modersmålsstöd/-undervisning

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