



Vasalundsskolan



Fler språk...Fler möjligheter



Inskrivningsansökan för år 2019/2020

طلب التسجيل لعام 2019-2020

ALLA UPPGIFTER PÅ BLANKETTEN ANVÄNDS I VÅR DATAHANTERING FÖR SKOLANS RÄKNING.

المعلومات خاصة للحاسبة الالكترونية في المدرسة

A. Elevuppgifter (معلومات عن التلميذ)

| | |
|--|----------------------------|
| Efternamn (اللقب): | Förnamn (الاسم): |
| Personnummer (الرقم الشخصي): | Födelseort (مكان الولادة): |
| Adress (العنوان): | |
| Postnummer/ort (المنطقة والرقم البريدي): | |
| Moders namn & personnummer (اسم الأم والرقم الشخصي): | |
| Faders namn & personnummer (اسم الأب والرقم الشخصي): | |
| Moders e-mail (البريد الإلكتروني للأم): | Telefon: |
| Faders e-mail (البريد الإلكتروني للأب): | Telefon: |
| Föräldrars ursprungsländer (البلد الأصلي للوالدين): | |
| När kom ni till Sverige? (تاريخ القدوم إلى السويد): | |

B. Information om barnets skolgång (معلومات مدرسية):

| | |
|---|---------------------------------|
| Tidigare skola: (المدرسة السابقة): | Tidigare årskurs (الصف السابق): |
| Önskad klass (الصف المطلوب الانتساب إليه): | Modersmål (اللغة الأم): |
| När började eleven skolan i Sverige? (تاريخ دخول التلميذ إلى المدرسة السويدية): | |
| Följer eleven speciell undervisning i vissa ämnen? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> (هل يتابع التلميذ دروس تقوية في مادة ما؟) | |
| Om ja, i så fall i vilka ämnen (في حالة نعم، في أي مواد)? | |
| Behov av fritidsomsorg efter skoltid? JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> (هل التلميذ بحاجة للدوام في قسم أوقات الفراغ بعد وقت المدرسة؟) | |
| Om ja, datum och tid under dagen? (نعم في حال نعم، في أي تاريخ و أي وقت خلال اليوم؟) | |

C. Medicinska upplysningar (معلومات طبية)

| | |
|--|--|
| Är barnet 5,5 års vaccinerad (هل أخذ التلميذ اللقاح الخاص لعمر 5 سنوات و نصف): | JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/> |
| Vilken BVC tillhörde barnet (اسم مركز الأطفال الصحي الذي كان ينتمي إليه التلميذ)? | |
| Ev. överkänslighet/ sjukdom (هل التلميذ مصاب/ بمرض معين أو حساسية) (ت. ex. allergiska reaktioner, epilepsi, diabetes mm وغيرها) (حساسية، الصرع، السكر،) | |
| Ev funktionsnedsättning (الإعاقة الجسمية) (t. ex. nedsatt syn, hörsel, känsel eller rörelseförmåga mm) (ضعف البصر، ضعف السمع، القدرة الشعورية أو الحركية) | |
| Övrig information (معلومات أخرى): (t. ex. mediciner, särskild kost mm) (مثلا أدوية، أكل خاص أو غير ذلك) | |

| | |
|---------------------------------|--|
| Datum:/.....-2019 التاريخ | Föräldrarnas underskrift (توقيع الوالدين): |
|---------------------------------|--|

Skolans anteckningar

مخصص لإدارة المدرسة

| | |
|--|--------------------------------------|
| Intagen: <input type="checkbox"/> Årskurs och klass: | Ej intagen: <input type="checkbox"/> |
| Väntelista: <input type="checkbox"/> | Anledning: |
| Rektor: | Datum:/.....-2019 |
| Övrigt: | |

Vasalundsskolan: Postadress: Bror Engkvists gata 31, 254 59 Helsingborg Rektor: 042-125 126
Tel: 042-125 125 Mobil: 073-9347657

E-mail: info@vasalundsskolan.se Hemsida: www.vasalundsskolan.se yassine.yassine@vasalundsskolan.se