

**ANSÖKAN OM ERSÄTTNING FÖR FÖRLÄNGD STUDIETID  
FÖR GYMNASIESKOLA OCH ANPASSAD GYMNASIESKOLA****SKOLUPPGIFTER**

Studieort Kommun/skola		Rektor	
Skolans adress		Postnr	Ort
Rektors telefon	Rektors mailadress		

**ELEVUPPGIFTER**

Elevens personnummer	Elevens namn		
Program/Inriktning		Elevens/Vårdnadshavares Telefon/E-post	

**Bilagor som ska skickas in som beslutsunderlag:**

- Elevens individuella studieplan
- Skolans åtgärdsprogram
- Elevens studieplan för den förlängda studietiden
- Eventuellt tidigare beslut om reducerat program/utökat program
- Beslut om förlängda studier från rektor/huvudman om sådan beslutats

**BAKGRUND**

Orsak till ansökan om ersättning för förlängd studietid.

**NULÄGESBESKRIVNING**

Vilka kurser ska eleven läsa in och hur många poäng omfattar det?

**MÅL**

Skolans plan för eleven att uppnå fullständiga betyg

**ÖVRIG INFORMATION SOM KAN VARA AV BETYDELSE FÖR BESLUT OM ERSÄTTNING FÖR FÖRLÄNGD  
STUDIETID?**

Ort och datum

Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Elevens underskrift\_\_\_\_\_  
Rektors underskrift\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande