



VARA KOMMUN

## 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:

\_\_\_\_\_  
Modersmålschefs underskrift

Personuppgifterna som lämnas på denna blankett kommer att användas i administration av modersmålsundervisning. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen.