

Skráning úr Dægradvöl Álfhólsskóla skólaárið _____ - _____

Ég óska hér með eftir því að barn mitt sé skráð úr Dægradvöl.

Nafn nemanda	Kennitala	Bekkur
--------------	-----------	--------

Foreldri/forráðamaður	Kennitala
-----------------------	-----------

Skráning úr Dægradvöl tekur gildi frá og með _____
Mánuður

Varðandi skráningu úr Dægradvöl Álfhólsskóla:

Ef óskað er eftir að nemandi hætti í Dægradvöl þarf að gera það skriflega fyrir 20. næsta mánaðar á undan.

Skólastjórnendur

Dagsetning

Undirskrift, foreldri/forráðamaður