



Ansökan Språkintröduktion (IMSPR) på GKC

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Postnummer och postort
Telefon		E-post
Kön Kvinna <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/>	Närmast anhörig (namn och telefon)	
Medborgarskap	Modersmål	
Invandrad Sverige: Gnosjö:	Typ Flykting <input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> Övrig:	
Uppehållstillstånd Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Uppehållstillstånd fr.o.m – t.o.m	
Tidigare utbildning Utländsk <input type="checkbox"/> Antal år: Svensk <input type="checkbox"/> Antal år:	Kan läsa och skriva Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Vårdnadshavare / God man / Kontaktperson (namn och telefon)		
Kost	Allergi	
Dossiernummer		
Övrigt		
Ev. tidigare skola och ort		

Datum: _____

Eleuens underskrift: _____

Fylls i av GKC

Startdatum	Klass	Studiehandledare
Datum	Underskrift Rektor	