

Enheten för flerspråkighet (EFF)

Eleven

Elevens förnamn och efternamn		Personnummer
Skola	Klass	
Telefon	E-post	

Önskar provning enligt följande: (kryssa en kurs)

Modersmål/prövningsspråk			
ML åk 9 <input type="checkbox"/>	Nivå 1- Gy 100p <input type="checkbox"/>	Nivå 2- Gy 100p <input type="checkbox"/>	Nivå 3- Gy 100p <input type="checkbox"/>

Eventuella anpassningar av provningen på grund av funktionsnedsättning

--

Beställare

Skola	
Ansvarig rektor	E-post till rektor
Kontaktperson på skolan	E-post till kontaktperson
Ansvarsnummer för fakturering	

Rektorns underskrift

Datum	Underskrift
-------	-------------

IFYLLS AV EFF

Beställningen inkom	Ansvarig lärare för provningen
---------------------	--------------------------------

Ifylld blankett skickas till:
flersprakighet@ uppsala.se
eller
Enheten för flerspråkighet
Fyrisborgsgatan 1
754 50 Uppsala