

# Fljótshérað

Lyngási 12 - 700 Egilsstaðir - Sími 4 700 700 Fax 4 700 701 - Kt. 481004-3220

## Umsókn

### um námsvist utan lögheimilissveitarfélags

Nafn nemanda \_\_\_\_\_

Kennitala \_\_\_\_\_

Forráðamaður \_\_\_\_\_

Kennitala \_\_\_\_\_

Heimili \_\_\_\_\_

Sími \_\_\_\_\_

Sveitarfélag \_\_\_\_\_

Óskum eftir að ofanritaður nemandi fái að stunda nám skólaárið \_\_\_\_\_

við \_\_\_\_\_

Grunnskóli \_\_\_\_\_

Sveitarfélag \_\_\_\_\_

Undirskrift forráðamanns \_\_\_\_\_

### Afgreiðsla lögheimilissveitarfélags

Samþykkt \_\_\_\_\_

Synjað vegna \_\_\_\_\_

f.h. Fljótshéraðs

### Afgreiðsla viðtökusveitarfélags

Samþykkjum viðtöku ofanritaðs nemanda frá \_\_\_\_\_

til \_\_\_\_\_

skólaárið \_\_\_\_\_ samkvæmt reglum um viðmiðunarkostnað, gefnum út af  
Sambandi íslenskra sveitarfélaga

Synjað vegna \_\_\_\_\_

í umboði sveitarstjórnar

