



INTYG IDROTTSGYMNASIET

Datum _____

Ifylls av eleven och i förekommande fall förälder/vårdnadshavare

Namn		Personnr (år, mån, dag, nr)
Adress	Postnr/adress	Telefonnr (även riktnr)
Gymnasieskola	Program	Läsår
Elevens namnteckning	Förälders/vårdnadshavares namnteckning i förekommande fall	

Ifylls av Specialdistriktsförbundet

Specialdistriktsförbund	Kontaktperson	
Adress	Postnr/adress	Telefonnr (även riktnr)

Specialdistriktsförbundet påtar sig ansvaret för att träningen bedrivs i enlighet med målen för kursen. Eleven har enligt distriktsförbundets bedömning särskilt goda förutsättningar inom den idrottsgren som träningen avser och har gynnsamma träningsförhållanden på skolorten.

Ifylls av Gotlands Idrottsförbund, Neptungatan 4, 621 41 VISBY. Telefonnr 0498-20 70 50.

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande <i>Patrik Oscarsson</i>
-------	--------------	--

Ifylls av Barn- och Utbildningsnämnden

BUN:s beslut	Datum	Dnr
--------------	-------	-----

Namnteckning Barn- och Utbildningsnämnden