## Ansvarsöverlåtelse SSN

Härmed övertar jag *(Vårdnadshavare)* ansvar för följande elev(er) på SSN.

Elev 1 *Fyll i elevens namn*

Elev 2 *Fyll I elevens namn*

Elev 3 *Fyll i elevens namn*

Elev 4 *Fyll i elevens namn*

(Fler än 4 st – fyll i flera formulär. )

Mellan dessa dagar kommer jag att vara ansvarig för ovan nämnda elever

Från och med: *Fyll i datum från och med dag*

Tid för avfärd från skolan: *Klicka för att fylla i tid*

Till och med: *Fyll i datum till och med dag*

Tid för återkomst till skolan: *Klicka för att fylla i tid*

Syfte med att överta ansvaret är: *Fyll i syftet med ansvarsöverlåtelsen*

Jag är medveten om vad det innebär att överta ansvar för mitt barn samt eventuella andra elever. Jag har varit i kontakt med andras föräldrar och de är medvetna om och har meddelat internatet sitt godkännande att jag övertar ansvaret. Vi respekterar internatets regler och förhållningssätt till alkohol, droger och säkerhet [ ]

Underskrift *För och efternamn*

Datum och plats: *Klicka för att fylla i*