## 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*