



SVALÖFS GYMNASIUM

# Ansökan

# SFI

## Komvux Svalöv

HT år \_\_\_\_\_ VT år \_\_\_\_\_

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Postadress	Postnr	Ort	
Telefon	Mobiltel		
<b>Tidigare utbildning</b> B <input type="checkbox"/> Grundskola C <input type="checkbox"/> Gymnasieskola 2-årig D <input type="checkbox"/> Gymnasieskola 3-årig E <input type="checkbox"/> Högskoleutbildning F <input type="checkbox"/> Annan utbildning  <b>Totalt antal år:</b> _____	E-post		
	Noteringar		
Nivå	<b>Dag</b> <input type="checkbox"/>	<b>Kväll</b> <input type="checkbox"/>	<b>Start</b>
Nationalitet			
Förstaspråk			
Andraspråk			
Flykting <input type="checkbox"/>			

Datum \_\_\_\_\_

Sökandes underskrift \_\_\_\_\_

### Bifoga betyg och personbevis

Svalöfs gymnasium/Komvux  
Box 113  
268 22 Svalöv

0418-47 45 93 / 47 45 95  
[infosvalof@lks-gy.org](mailto:infosvalof@lks-gy.org)