



ANMÄLAN OM STUDIEAVBROTT

Namn: _____ Personnr: _____

Bostadsadress: _____

Postadress: _____ Tel nr: _____

E-post: _____

Inskrivnen i program/kurs: _____

Fackhögskola: Hälsohögskolan Högskolan för lärande och kommunikation Internationella Handelshögskolan Tekniska Högskolan

Studieavbrott fr.o.m.

Anledning (uppgiften används för statistik och analys)

- Fel program-/kursval Annan utbildning/inriktning Ej klarat tentamina för fortsatta studier
 Förvärsarbete Egna angelägenheter Sjukdom
 Byte av studieort Utbildningen/kursen motsvarade inte mina förväntningar
 Annat _____

Kontakt angående det planerade avbrottet ska tas med programansvarig eller studievägledare.

Kontakt har tagits

Glöm inte att anmäla ditt avbrott till CSN.

Ort och datum

Namnunderskrift

Beslut

Avförd från utbildningen fr.o.m.

Ort och datum

Beslutsfattares underskrift

Anmälan skickas till:

Registrator
Fackhögskola (ange den fackhögskola du är inskriven på)
Box 1026
551 11 Jönköping

Distribution kopia av beslut

student
berörd kurs-/programansvarig
studievägledare
Ladok-administratör registrator

Datum/sign