

**ELEVINTAGNINGEN**

Myntgatan 2  
791 51 FALUN  
Tfn 023-77 70 30  
Fax 023-77 70 01

**ÄNDRINGSVALSBLANKETT**

Datum

.....

Personnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Skola: \_\_\_\_\_

**Val enligt min tidigare ansökan:**

Rang- ordn	Sökt studieväg	Ansökningskod	Kommunkod	Språkval	Est verksamhet	Övrigt
1						
2						
3						

**Önskar ändra min ansökan till följande:**

Rang- ordn	Sökt studieväg	Ansökningskod	Kommunkod	Språkval	Est verksamhet	Övrigt
1						
2						
3						

\_\_\_\_\_  
Sökandens underskrift\_\_\_\_\_  
Förälders/vårdnadshavares underskrift\_\_\_\_\_  
Studievägledarens underskrift