



Komvux Olofström  
Box 304 293 24 Olofström

telefon: 0454-935 12

e-postadress: [komvux@olofstrom.se](mailto:komvux@olofstrom.se)

## Studieavbrott / \*Avgång

### Elev

Namn	
Personnr	Telefon nr
Jag önskar avbryta mina studier <input type="checkbox"/> helt <input type="checkbox"/> från ämne/kurs _____	
Orsak/Skäl:	
Studieavbrott fr.o.m.	Utbildningen påbörjad
Datum	Namnteckning

### Lärarens yttrande

Studieavbrott: _____	
*Avgång: _____	
Datum	Namnteckning

### Skolledning

<b>Studieavbrott</b> <input type="checkbox"/> helt, fr.o.m. _____ <input type="checkbox"/> ämne/kurs fr.o.m. _____	<b>* Avgång</b> fr.o.m. _____	<b>YTTRANDE</b> _____ _____
Datum	Namnteckning	
Datum för kontakt tagen med CSN  Sign.	Datum för meddelande / kopia av beslut till berörd elev  Sign.	

Kap 6 Komvuxförordningen

#### \* AVGÅNG

1 § Om en deltagare har påbörjat en kurs eller en delkurs och därefter uteblivit från den mer än en månad i följd, utan att detta berott på sjukdom eller utgjort beviljad ledighet, skall deltagaren anses ha avgått från kursen. Rektorn får medge undantag, om det föreligger synnerliga skäl.