



# Göteborgs Stad Utbildning

Center för språkintröduktion, Slussen

## Intresseanmälan till Språkintröduktionsprogrammet (IMS)

### Personuppgifter

Datum: \_\_\_\_\_ Ankomst till Sverige: \_\_\_\_\_

Förnamn: \_\_\_\_\_ Efternamn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_ SWE-nr/dossier nr: \_\_\_\_\_

c/o: \_\_\_\_\_ Gatuadress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel ungdomens mobil: \_\_\_\_\_ Flicka  Pojke

Modersmål: \_\_\_\_\_ Behöver du tolk? JA NEJ

Namn, telefonnummer, mejladress till vårdnadshavare/ god man eller kontaktperson:

\_\_\_\_\_

Har du gått i skola i Sverige tidigare? JA NEJ Antal månader \_\_\_\_\_

Vad heter din förra skola? Vilken kommun? \_\_\_\_\_

Namn och telefonnummer till din lärare: \_\_\_\_\_

Har du gått i skola i ditt hemland? JA NEJ Antal år \_\_\_\_\_

När slutade du skolan i ditt hemland? \_\_\_\_\_

Namn och telefonnummer/mail till dig som anmäler:

\_\_\_\_\_

Vem är du som anmäler? (förälder/släkting/vän/boendepersonal/socialsekreterare/SYV/lärare/annat)

\_\_\_\_\_

Välj de alternativ som passar:

Eleven tillhör Etableringsenheten	<input type="checkbox"/>
Eleven är asylsökande	<input type="checkbox"/>
Eleven är EU-medborgare	<input type="checkbox"/>
Eleven är anhöriginvandrare	<input type="checkbox"/>
Vet ej status	<input type="checkbox"/>

**Skicka ansökan till:**

Slussen

Tankegången 4, 417 56 Göteborg

eller

[slussencsp@educ.goteborg.se](mailto:slussencsp@educ.goteborg.se)