



Intresseanmälan för språkintröduktionsprogrammet (IMS)

Personuppgifter

Datum: _____

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Personnummer: _____ SWE-nr: _____

c/o: _____ Gatuadress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Tel ungdomens mobil: _____

Modersmål: _____ Behöver du tolk? JA NEJ

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

När kom du till Sverige? _____

Tidigare skola

Har du gått i skola i Sverige tidigare? JA NEJ

Om ja, hur många år? _____

I vilken kommun? _____

Vad heter din förra skola? _____

Namn och telefonnummer till din lärare: _____

Har du gått i skola i ditt hemland? JA NEJ

Om ja, hur många år? _____

När slutade du skolan i ditt hemland? _____

Vem är du som anmäler? _____

Skicka ansökan till:

Slussen, Tankegöngen 4, 417 51 Göteborg *eller* via e-post: slussensp@educ.goteborg.se