

## OPPIVELVOLLINEN

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	
Sähköposti	Puhelinnumero
Oppilaitos	Luokka-aste
Asuinkunta, jos ei minkään koulutuksen järjestäjän oppivelvollinen	
<b>Asian arvioimiseksi tarvitaan lääkärin lausunto ja tarvittaessa moniammatillinen asiantuntijalausunto.</b>	
<input type="checkbox"/> liitteet ____ kpl ovat tämän hakemuksen mukana	

## HAKEMUS

Opintojen keskeyttämisen peruste <input type="checkbox"/> Oppivelvollisuuden suorittamisen estävä sairaus tai vamma on luonteeltaan pysyvä	Hakemuspäivä
---	--------------

## HUOLTAJAN / HUOLTAJIEN ALLEKIRJOITUKSET

päivämäärä

allekirjoitus ja nimenselvennys