



Westerlundska Gymnasiet

Box 915

745 25 Enköping

0171- 625560

Fenix: 0171- 625573

Ansökan; FENIX

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Målsmäns namn och ev andra kontaktuppgifter (t ex mobiltelefon och e-post):

Eleven söker till ett nationellt program och vill ha stöd av Fenix.

Eleven vill ha plats i Fenix och söker inte nationellt program.

Avlämnande skola/ klass: _____

Kontaktperson och kontaktuppgifter (telefonnummer och e-postadress):

Datum: _____

Elevens underskrift

Målsmans underskrift

Ansökan sändes till: Fenix, Westerlundska, Box 915, 745 25 Enköping