

## Avbrotts- och ändringsblankett

**Efternamn:** ..... **Förnamn:**.....

Personnr:.....

### Ändringar i min studieplanering

Kurser som tas bort

Kurser som kommer till

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Avbrott i kursplan/kurser

Avbrott i kurserna

Jag avbryter alla mina kurser

.....  
.....  
.....

Datum för avbrott: .....

### Orsak till avbrottet

.....  
Beslutet är väl avvägt och jag är medveten om återbetalningsregler vid CSN

.....  
Datum och kursdeltagarens underskrift

.....  
Studievägledare/rektor



Sandvikens Kommun