

MONIALAISessa ASIANTUNTIJARYHMÄSSÄ KÄSITELTY OPPILASASIA/ OPPILAAN/HUOLTAJIEN SUOSTUMUS

Oppilaan nimi		Luokka
Asian vireillepanija		Päiväys
Aihe		
Asian käsittelyyn osallistuneet		
<input type="checkbox"/> Oppilas		
<input type="checkbox"/> Huoltaja		
<input type="checkbox"/> Huoltaja		
<input type="checkbox"/> Luokanopettaja / aineenopettaja		
<input type="checkbox"/> Erityisopettaja		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
Kenelle oppilaasta annetaan tietoja		

OPPILASKOHTAINEN MUISTIO TEHDÄÄN WILMAAN.

Suostumme siihen, että asian käsittelyyn voivat osallistua tässä suostumuksessa mainitut henkilöt.

OPPILAAN ALLEKIRJOITUS: _____

Nimenselvennys

HUOLTAJIEN ALLEKIRJOITUKSET:

Nimenselvennys

Nimenselvennys