

Undertecknad ansöker härmed om bidrag ur fonden.
Ofullständig ansökan behandlas ej!

Sökande

Namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon	E-postadress	
Bank	Clearingnummer	Kontonummer

Folkbokförd i Sölvesborgs församling

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Under vilken period
-----------------------------	------------------------------	---------------------

Avslutat årskurs 9 vid Bokelundsskolan

När

Har tidigare erhållit bidrag ur fonden

När

Ange för vilka studier bidrag söks samt när de påbörjas

--

Hur många poäng är utbildningen på

När räknar du med att du är klar med utbildningen, år och månad

Redogör för dina studier efter grundskolan, tidsperiod, poäng etc

--

Härmed intygas att lämnade uppgifter är fullständiga och riktiga

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande