



o.b.s. de Kameleon

Formulier verlofaanvraag

GEGEVENS VAN DE SCHOOL

o.b.s. de Kameleon
Bronkhorstenstraat 2
6882 DP Velp

026-3646215
Directeur: dhr. J. van Assouw
kameleon@scholengroepveluwezoom.nl

GEGEVENS VAN DE AANVRAGER

Voorletter(s) en achternaam _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer 026-|_____| 06-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

GEGEVENS VAN DE BETREFFENDE LEERLING(EN)

Voornaam _____ Achternaam _____

Geboortedatum |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Groep:

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Voornaam _____ Achternaam _____

Geboortedatum |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Groep:

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

Voornaam _____ Achternaam _____

Geboortedatum |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Groep:

1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

VERZUIMDATUM / DATA

1 dag op: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Periode van _____ t/m _____

Reden van verzuim: _____

Indien noodzakelijk kunnen wij u om een werkgeversverklaring vragen, ingevuld door uw werkgever.

ONDERTEKENING

Datum |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Handtekening

Plaats Velp/Arnhem

BESLUIT

akkoord

overleg met leerplichtambtenaar

Handtekening directeur

niet akkoord

werkgeversverklaring nodig