



LAPPEENRANNAN LASTEN JA NUORTEN KUVATAIDEKOULU
Kehruuhuoneenkuja 8 53900 LAPPEENRANTA

ILMOITUS OPISKELUJEN KESKEYTYKSESTÄ (”VÄLIVUOSI”)

Sukunimi _____ Etunimet _____

Syntymäaika _____ Kotipuhelin _____

Osoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Kotikunta _____

Huoltajan tiedot

Huoltajien nimet _____

Osoite _____

Postinumero ja -paikka _____ Työpuhelin _____

Viimeisin opiskeluryhmä ennen keskeytystä _____

Keskeytyksen syy _____

Kuvataidekoulun alkamisvuosi/ kesto _____

Toivomukset _____

Sitoudun noudattamaan Lasten ja nuorten kuvataidekoulun voimassa olevia sääntöjä, joihin olen tutustunut.

Lappeenrannassa _____ / _____ _____

_____ Huoltajan allekirjoitus, alle 18 -vuotiaalta