



## ANSÖKAN OM BYTE AV PRAKTIKORT

Ansökan insändes till  
Registrator  
GIH  
Box 5626  
114 86 Stockholm

### Personuppgifter

Efternamn, tilltalsnamn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Postadress
Telefonnummer Bostad	Mobiltelefonnummer	Epost

### Inskrivnen vid

Utbildningsprogram Läroprogrammet Hälsopedagogprogrammet Tränarprogrammet	Studiegrupp/klass
--	-------------------

### Ansökan

Ange namn på handledare samt om denne är lärarutbildad
Praktikbytet avser period och termin
Skälet till byte av praktikort

### Underskrift

Ort/datum	Underskrift
-----------	-------------