Kyrkslätts gymnasium
Gesterbybågen 3
02400 Kyrkslätt
Tel. 040-589 6913/rektor
fornamn.efternamn@kyrkslatt.fi

Mottagen ____.____._____

Anhållan om tentamensrätt

Namn : _____ grupp: _____

Ämne, kurs nr. _____

Period: _____

Lärare: _____

Motivering:

_____

_____

_____

_____

Kyrkslätt, den ___.___.20 _____
Den studerandes underskrift

BESLUT

☐ Beviljas enligt anhållan
☐ Beviljas inte. Motivering:

Arbetsuppgifter:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Datum för prov: _____

_____
ämneslärare

Tentamensrätt beviljad

Rektorns beslut i Kyrkslätt, den _____ . ____ 20 _____