

## Önskan om kostersättning i samband med APL

### Elevens uppgifter

Namn/klass	
Personnummer	

### APL-platsens och periodens uppgifter

Ange APL-platsens namn:
Ange vilka veckor:
Antal dagar som jag varit närvarande på min praktikplats:

### För dig som DAGpendlar:

Jag har <u>INTE</u> fått lunch på min APL-plats. Jag önskar lunchersättning	JA ( ) NEJ ( )
---	----------------

### För dig som bor på Internatet:

Jag har <u>INTE</u> fått lunch på min APL-plats. Jag önskar lunchersättning	JA ( ) NEJ ( )
Jag har <u>INTE</u> fått frukost och middag på min APL-plats. Jag önskar få ersättning för kost då jag betalat för detta på min internatfaktura	JA ( ) NEJ ( )

### Betalningsmottagarens uppgifter

Namn	
Personnummer	
Adress	
Postadress	
<b>Kontonummer att betala ut till:</b>	

Datum:

Myndig elev/vårdnadshavares underskrift: