

**Umsókn um lækkað tímatal
orsakað av
heilsuligum ávum**

til Mentamálaráðið

Navn: _____	Føðingardagur: _____
Bústaður: _____	tlf. _____
Post nr.: _____	Býur/bygd: _____
Skúli: _____	

Við hesum verður søkt um lækkað tímatal orsakað av heilsuligum ávum:

skúlaárið 200 / 200

varandi lækkað tímatal

Dagfesting: _____

Undirskrift lærarans: _____

Atekning frá kommunulæknanum:

Hjálagt er í afturlatnum brævbjálva:

Læknaváttan

Journalútskriftir, serlæknaváttanir ella onnur skjøl

Dagfesting: _____

Undirskrift læknans: _____

MENTAMÁLARÁÐIÐ

Hoyvíksvegur 72 * Postrúm 3279 * FO-110 Tórshavn * Tel. 35 50 50 * Faks 35 50 55 * E-mail: mmr@mmr.fo