

UPPGIFTER INFÖR LÄROAVTAL



Studerande:

Klass:

Arbetsgivare:

e-post:

tel:

FO-nummer:

Kontonummer:

(för utbildningsersättning)

Arbetsplatshandledare:

e-post:

tel:

Undertecknare av avtalet:

e-post:

tel:

**Arbetsuppgifter under
läroavtalstiden:**

**Riskbedömning gjord
på företaget:**

 Ja Nej

Antal kp

Examensdelar:

	Antal kp

(fylls i av läraren)

Läroavtalets tid:

–

**Närstudiedagar
under LA tiden:**

**Lärare som bedömer
yrkesprovet:**

OBS! Alla fält på blanketten skall vara ifyllda före den lämnas in till arbetslivskoordinatörn.