



ANMÄLAN OM STUDIECIRKEL / ANNAN FOLKBILDNING / DELTAGARFÖRTECKNING

OBS! TEXTA TYDLIGT

Ifylles av ABF / Arr nr:

FÖRENINGSUPPGIFTER		
Föreningens namn:	Kontaktperson:	Samverkanspart: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

STUDIECIRKELN						
Cirkelnsnamn / ämne:	Cirkeln Startar:			Cirkeln planeras pågå i:		
	Datum:	Veckodag:	Startar kl:	Slutar kl:	Antal veckor:	Antal träffar:
Studielokal (adress)						Antal studietimmar/träff (1 tim = 45min)

CIRKELLEDARE			
Personnummer:	Förnamn:	Efternamn:	
Mobilnummer:	E-post:	Arvode: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

DELTAGARE				
OBS! Pers-nr: 12 siffror	Förnamn:	Efternamn	Mobilnr:	E-postadress:

Ifylld blankett lämnas
eller skickas till ditt
ABF kontor.

ABF Västra Hälsingland

Västra Stationsgatan 8 821 43 Bollnäs
Bagargränd 10 827 32 Ljusdal
Västergatan 16E 828 31 Edsbyn

0278-17430

E-postadress till samtliga kontor:
info.vastra-halsingland@abf.se

DELTAGARE

OBS! Pers-nr: 12 siffror	Förnamn:	Efternamn	Mobilnr:	E-postadress:

ARBETSPLAN FÖR STUDIECIRKEL

2. MÅL MED STUDIECIRKELN

3. STUDIEMATERIAL (ex, böcker, webbaserat material)

4. BESKRIV HUR NI ARBETAR I STUDIECIRKELN (ex, planering av träffar, studiebesök)
