

TYPE 1

Skolens nr. og navn:				
<input type="checkbox"/> FP9	<input type="checkbox"/> FP10	<input type="checkbox"/> Anden prøve / eksamen	Dato: / 20	
Fag / opgave:		Ark nr.:	Antal ark i alt:	
Elevens UNI•Login:		Nr.:	Klasse:	Hold:
Tilsynshavendes underskrift:		Elevens signatur med UNI•Login:		

www.avform.dk - telefon 97 22 22 33

TYPE 2

Skolens nr. og navn:	Elev nr.:	Dato: / 20	
	Elevens UNI•Login:	<input type="checkbox"/> Folkeskolens afgangsprøve	
	Klasse / hold:	<input type="checkbox"/> FP9	
	Fag:	Ark nr.:	Antal ark i alt:
Tilsynshavendes underskrift:		Elevens signatur med UNI•Login:	

www.avform.dk - telefon 97 22 22 33

TYPE 3

Skolens nr., navn og telefonnr.:			
<input type="checkbox"/> FP9	<input type="checkbox"/> FP10	Dato: / 20	
Fag / opgave:		Ark nr.:	Antal ark i alt:
Elevens UNI•Login:		Nr.:	Klasse:
Tilsynshavendes underskrift:		Elevens signatur med UNI•Login:	

www.avform.dk - telefon 97 22 22 33

TYPE 4

Skolens nr. og navn:			
Eksamens nr.:		Dato: / 20	
Fag:		Ark nr.:	Antal ark i alt:
Elevens UNI•Login:		Hold:N	r.:
Tilsynshavendes underskrift:		Elevens signatur med UNI•Login:	

www.avform.dk - telefon 97 22 22 33