DIN SKOLA

# DET HÄR INTYGAR ATT

Namn

har framgångsrikt slutförd utbildningen, som godkänts av Skolverket i landsting, och får därför detta

DIPLOM

Daterad den dagen i månaden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Utbildningsledare |  | REKTOR |