

SKYSS P.G.A. FUNKSJONSHEMMING, SKADE ELLER SYKDOM

Opplysninger om eleven (ved mangelfull utfylling returneres søknaden)

Etternavn	Fornavn
Fødselsdato	Kommune
Adresse (gate og husnr)	Postnr / Sted
Skoleår 20 __ __ / 20 __ __	Gjelder fra dato
Skole	Klassetrinn

Foresattes navn:

Telefon:

E-post:

I henhold til Opplæringslovens § 7,3 har elever som på grunn av funksjonshemming eller sykdom rett til skyss uavhengig av avstanden mellom hjem og opplæringssted. **Behovet må dokumenteres av lege e.l. og skal inneholde beskrivelse av elevens transportbehov og varighet.**

Behov for tilpasninger:	ja / nei	Kommentarer
Kan eleven følge ordinær skoleskyss		
Hvor langt kan eleven gå		
Har eleven behov for reisefølge		
Har eleven behov for rullestol under transport		
Har eleven andre behov		

I vurderingene må det tas hensyn til at sjåfør ikke kan utføre særskilt tilsyn under transporten.

Tilleggsopplysninger fra foresatte eller skolen kan legges ved som eget vedlegg

Foresattes/elevens (videregående skole) underskrift:

Dato: _____ Underskrift: _____

ELEVER I GRUNNSKOLEN: FERDIG UTFYLT SKJEMA LEVERES SKOLEN SAMMEN MED LEGEERKLÆRING.

ELEVER I VIDEREGÅENDE SKOLE: FERDIG UTFYLT SKJEMA SENDES HEDMARK TRAFIKK SAMMEN MED LEGEERKLÆRING. **ADRESSE:** HEDMARK TRAFIKK FKF, DISENSTRANDVEGEN 4, 2321 HAMAR