

SØKNAD OM SKOLESKYSS

for elever i grunnskolen

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

Adressen må fylles ut og skal samsvare med adressen eleven er registrert bosatt på i folkeregisteret.

Foresattes navn:

Telefon:

E-post:

Skyssøknaden behandles i henhold til opplæringsloven og fylkeskommunens skyssreglement.
Se www.hedmark-trafikk.no

Det søkes på følgende grunnlag, kryss av:

- Ordinær skoleskyss, avstandskravet på 4 km (2 km for 1. trinn) er oppfylt.**
- Delt bosted, 2 adresser. Fyll ut vedlegg A.**
- Særlig farlig/vanskelig skoleveg. Begrunnes. Skal saksbehandles av kommunen.**

For elever som har behov for skyss på grunn av funksjonshemming, langvarig skade eller sykdom, må det søkes om skyss på eget skjema «Skyss p. g. a. funksjonshemming, skade eller sykdom (grunnskoleelever)» – skjemaet er unntatt offentlighet

Merknad: _____

Foresattes underskrift:

Dato: _____

Underskrift: _____

Skolens attestasjon:

Dato: _____

Underskrift/ Stempel: _____