

Barn- och utbildningsförvaltningen

Ansökan om skolskjuts, anpassad gymnasieskola

Personuppgifter elev

| | | | |
|----------------------|--------------|------------|---|
| Efternamn, förnamn | Personnummer | Skola | Årskurs/programmets totala längd av |
| Folkbokföringsadress | | Postnummer | Ort |

Ansökan gäller:

| | |
|----------|--|
| Läsår: / | Annan period (ange datum fr.o.m – t.o.m) - |
|----------|--|

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Från folkbokföringsadress | <input type="checkbox"/> Till/från gruppboende |
| <input type="checkbox"/> Växelvis boende | <input type="checkbox"/> Särskilda skäl/omständigheter |

Vårdnadshavare/förälder 1

Vårdnadshavare/förälder 2

| | | | |
|--------------------|-----|--------------------|-----|
| Efternamn, förnamn | | Efternamn, förnamn | |
| Adress | | Adress | |
| Postnummer | Ort | Postnummer | Ort |
| Telefon | | Telefon | |
| E-postadress | | E-postadress | |

| | |
|--|--|
| Vid växelvis boende; ange vecka eleven är på denna adress <input type="checkbox"/> Jämn <input type="checkbox"/> Udda | Vid växelvis boende; ange vecka eleven är på denna adress <input type="checkbox"/> Jämn <input type="checkbox"/> Udda |
|--|--|

Elev med individuellt schema, ange start och sluttid för skoldagen:

| | Börjar skoldagen klockan | Slutar skoldagen klockan |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Måndag | | |
| Tisdag | | |
| Onsdag | | |
| Torsdag | | |
| Fredag | | |

Elev med funktionsnedsättning

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kan åka skolbuss | <input type="checkbox"/> Kan åka personbil | <input type="checkbox"/> Kan åka endast specialfordon |
| <input type="checkbox"/> Kan åka med X-trafik(linjetrafik) | <input type="checkbox"/> Kan inte samåka med andra elever | <input type="checkbox"/> Annat, ange vad: _____ |
| <input type="checkbox"/> Assistent måste åka med | | |
| Hjälpmedel | | |
| <input type="checkbox"/> Rullstol | <input type="checkbox"/> Elrullstol | <input type="checkbox"/> Annat. Ange vad: _____ |
| Jag lämnar härmed mitt medgivande till att kontakt får tas med skola samt elevhälsan för att få upplysningar av betydelse för skolskjutsutredningen: | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | | |
| <input type="checkbox"/> Nej | | |

Beskriv på vilket sätt elevens funktionsnedsättning påverkar dennes möjlighet ta sig mellan hemmet och skolan

Motivering:

Övrig information av betydelse:

Ovanstående uppgifter intygas: (gäller ansökan växelvis boende enbart från den ene föräldern räcker det med dennes underskrift)

| | |
|------------------------------|------------------------------|
| Ort, datum | Ort, datum |
| Underskrift vårdnadshavare 1 | Underskrift vårdnadshavare 2 |

Behjälplig med ansökan:

| | |
|---------------------------|---------------|
| Efternamn, förnamn | Telefonnummer |
| Relation till den sökande | E-postadress |

Nyhet: Ansökan kan skrivas ut, undertecknas och skannas till e-post

Ansökan skickas med post till:

Ovanåkers kommun
Barn- och utbildningsförvaltningen
Skolskjutshandläggare
828 80 Edsbyn

Ansökan bifogas med e-post till:

skolskjuts@ovanaker.se