

SØKNAD OM SPESIALSKYSS • SIDE 1 AV 2

Søknad om spesialskyss for elev i grunnskole eller videregående skole (varighet over 3 måneder).

Søknaden gjelder:

| | |
|---|--|
| SØKNAD OM SKYSS ETTER § 7-3 OG 7-4 I OPPLÆRINGSLOVEN | |
| SØKNAD, ETTER § 4A-7 I OPPLÆRINGSLOVEN, FOR FUNKSJONSHEMMEDE VOKSNE MED SPES.PED. TILBUD PÅ GRUNNSKOLEN SITT OMRÅDE. KOPI AV KOMMUNALT VEDTAK VEDLEGGES SØKNADEN | |

| | | | |
|-----------------------------------|-----------|------------------|---------------------|
| NAVN PÅ ELEVEN | | TLF | |
| FØDSELSNR. 11 SIFFER | | | |
| ADRESSE | | | |
| POSTNR./STED | | | |
| KOMMUNE | | SKOLE | TRINN |
| ADRESSE UNDERVISNINGSTED | | | |
| AVSTAND HJEM SKOLE | | KM EN VEI | |
| GÅR ELEVEN PÅ SIN NÆRSKOLE | JA | NEI | NÆRSKOLEN ER |

Søknaden gjelder:

| | |
|---|--|
| BUSS (KUN GRUNNSKOLE-ELEVER) | |
| DROSJESKYSS, JF. ERKLÆRING FRA MEDISINSK SAKKYNDIG (VEDLEGGES SØKNADEN) | |
| KJØREGODTGJØRELSE FOR BRUK AV PRIVATBIL, JFR. ERKLÆRING FRA MEDISINSK SAKKYNDIG ELLER SPES. PED. | |
| FØLGE AV LEDSAGER I DROSJE | |

Undervisningsstedets start- og sluttider:

| | MANDAG | TIRSDAG | ONSDAG | TORSDAG | FREDAG |
|------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| START KL. | | | | | |
| SLUTT KL. | | | | | |

Elevens start- og sluttider:

| | MANDAG | TIRSDAG | ONSDAG | TORSDAG | FREDAG |
|------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|
| START KL. | | | | | |
| SLUTT KL. | | | | | |

SØKNAD OM SPESIALSKYSS • SIDE 2 AV 2

| | | | | |
|--|-----|-----|-----------------------|--|
| GÅR ELEVEN PÅ SFO | JA | NEI | STENGETID/SLUTTID SFO | |
| DELTAR ELEVEN I LEKSEHJELP? | JA | NEI | NÅR | |
| SØKNADEN OM SKYSS GJELDER (DATO) | FRA | | TIL | |
| FOR STREKNINGEN | FRA | | TIL | |
| TIMETALL PR UKE | | | | |
| HAR ELEVEN FÅTT TILBUD OM 10-ÅRIG GRUNNSKOLEUNDERVISNING? | JA | NEI | | |
| KAN ELEVEN GÅ / SYKLE ELLER REISE MED BUSS MELLOM HJEMMET OG SKOLEN DERSOM HAN/HUN HAR LEDSAGER? | JA | NEI | | |
| Dersom nei, hvilke tiltak vil bli iverksatt for at eleven skal mestre dette: | | | | |
| Spesielle hensyn under transporten (eks: må sitte i rullestolen under transporten / type rullestol / annet): | | | | |
| Andre opplysninger til søknaden / vurdering fra skolen eller skolekontoret: *Dersom legen oppfatter at eleven trenger skyss med drosje/buss, bes det om at legen gir en kortfattet begrunnelse for dette. | | | | |

NB! Legeerklæring skal vedlegges ved søknad om spesialskyss*

PRINT SKJEMA

| | |
|--|--------------------------------|
| STED / DATO | SKOLENS UNDERSKRIFT OG STEMPEL |
| TELEFONNUMMER TIL SKOLENSKONTAKTPERSON VED AVVIK | |