

SKJEMA FOR KORTVARIG SKOLESKYSS

Skjema for kortvarig skoleskyss etter § 7-3 i opplæringsloven; elever med midlertidig skade eller sykdom (varighet inntil 3 måneder).

NAVN PÅ ELEVEN					
FØDELSNR. 11 SIFFER					
ADRESSE			TLF. FORESATTE		
POSTNR./STED					
KOMMUNE		SKOLE		TRINN	

Start og sluttider ved skolen:

	MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG
START KL.					
SLUTT KL.					
SKYSSBEHOVET GJELDER FRA DATO			TIL DATO		
TRANSPORTBEHOVET GJELDER	BUSS		DROSJE, JF. ERKLÆRING FRA LEGE		

NB! Legeerklæring skal vedlegges ved behov for drosjeskyss. Legeerklæringen skal omtale årsakene til at eleven har behov for drosjeskyss og varighet for tilrettelagt skyss. Transportbehov utover tre måneder må det søkes om særskilt, tilsvarende søknad om spesialskyss.

Andre opplysninger/hensyn under transporten:

PRINT SKJEMA

STED / DATO	UNDERSKRIFT
--------------------	--------------------