

Bestilling av særskilt skoleskys for elever med midlertidig eller varig funksjonshemming (stryk midlertidig eller varig)

Skole: _____ Tlf: _____ Fax: _____

Adresse: _____ Skoleår: _____

Elevens navn: _____ Klasse: _____

Bostedsadresse: _____ Postnr/sted: _____

Evt Avlastningsbolig(er): _____

Tlf. bosted/elev: _____ Kommune: _____

Tlf Avlastningsbolig(er): _____ Kontaktperson avlastn bolig: _____

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Skolestart					
Skoleslutt					

Trenger eleven hjelpemidler under transporten? Ja _____ Nei _____

Hvis ja, hvilke? (rullestol/type tung-lett), eget (barne)sete, bil alene, evt. annet (se merknader):

Andre opplysninger (spesielle forhold som transportør må ta hensyn til under transporten): _____

Kan foreldre/foresatte utføre transporten (helt/delvis)? Ja _____ Nei _____ (sett kryss)

Hvis ja, hvilken? tur/retur _____ kun morgen _____ kun ettermiddag _____ (sett kryss)

Kan eleven bruke buss? (ja/nei) _____ Hvis ja, morgen _____ ettermiddag _____ (sett kryss)

Hvis nei, hva er til hinder? _____

Trenger eleven ledsager? Ja _____ Nei _____ (sett kryss) Har eleven avlastningstilbud? Ja _____ Nei _____
Hvis ja, hvor mange dager pr mnd? _____

Merknader fra skyssansvarlig: _____

Startdato for transporten: _____

Antatt sluttdato for transporten: _____

Skolens underskrift

Evt skoleetatens godkjenning
