

Legeattest ved søknad om særskilt skoleskyss for elever med midlertidig funksjonshemming

Navn: _____ Personnummer: _____

Adresse: _____

Skole: _____

Behandler lege: _____ Tlf: _____

Egenattest:

Jeg søker med dette om å få ekstra skoleskyss av helsemessige årsaker. Jeg gir samtykke til at legen kan gi de nødvendige opplysningene slik at transportselskapet og Rogaland Kollektivtrafikk kan vurdere søknaden opp mot gjeldene regler.

Dato: _____

Underskrifter:

Eleven (Når denne er over 12 år)

Foresatte (for elever under 16 år)

Legens uttalelse:

Kort omtale av funksjonshemmingens art:

Kan eleven skifte skyssmiddel underveis?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Kan eleven vente utendørs som andre elever? (i tilfelle ja – omtrent hvor lenge _____ min).	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Kan eleven benytte buss dersom han/hun blir hente ved hjemmet og satt av ved skolen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Må eleven ha spesielle hjelpemidler eller ha følge under transporten? (i tilfelle ja – hvilke _____)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Dersom det blir vurdert slik at det er medisinske årsaker til at eleven må transporteres i drosje, må dette grunngis særskilt:

Hvor lenge vil det gå før en kan vente endringer i tilstanden som medfører endrede transportbehov? _____ uker.

Sted: _____

Dato: _____

Telefon: _____

Legens underskrift

Stempel