

SØKNAD OM SKOLESKYSS

for elever i grunnskolen

Opplysninger om eleven (ved mangelfull utfylling returneres søknaden)

Etternavn	Fornavn
Fødselsdato	Kommune
Adresse (gate og husnr)	Postnr / Sted
E-post	Gnr / Bnr
Skoleår 20 __ __ / 20 __ __	Gjelder fra dato
Skole	Klassetrinn

Adressen, eller gårds- og bruksnr må fylles ut og skal samsvare med registrert i folkeregisteret.

Foresattes navn:	Mobil tlf	Fast tlf

Skyssøknaden behandles i henhold til opplæringsloven og fylkeskommunens skyssreglement.
Se www.hedmark-trafikk.no

Det søkes på følgende grunnlag, kryss av:

- Ordinær skoleskyss, avstandskravet på 4 km (2 km for 1. trinn) er oppfylt.**
 - Delt omsorg, 2 adresser. Fyll ut vedlegg A.**
- Funksjonshemming/sykdom. Legeerklæring kreves. Fyll ut vedlegg B.**
- Særlig farlig/vanskelig skoleveg. Begrunnes og sendes kommunen.**

Merknad: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Søknaden skal sendes/leveres til skolen

Dato: _____ Skolens attestasjon: _____