

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

Skole: _____ Tlf: _____ Fax: _____

Adresse: _____ Skoleår: _____

Elevens navn: _____ Klasse: _____

Elevens fødselsnummer 11 siffer (må fylles ut): _____

Bostedsadresse: _____ Postnr/sted: _____

Elevens hjemmesone (må fylles ut): _____

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

Bestilling av særskilt skoleskyss 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

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

Nei

Kan eleven vente utendørs som andre elever?

Ja

Nei

(i tilfelle ja – omtrent hvor lenge _____ min).

Kan eleven benytte buss dersom han/hun blir hente ved hjemmet og satt av ved skolen?

Ja

Nei

Må eleven ha spesielle hjelpemidler eller ha følge under transporten?

Ja

Nei

(i tilfelle ja – hvilke _____)

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