

## 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?  
(i tilfelle ja – omtrent hvor lenge \_\_\_\_\_ min).

Ja

Nei

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