

Søknad om skoleskyss ved delt omsorg

Elevens navn: _____ Født: _____
 Adresse: _____ Postnr. / sted: _____
 Skole: _____ Kommune: _____
 Adresse: _____ Tlf: _____

Foresatt 1. Navn _____ Telefon: _____
 Adresse: _____ Mobiltf. _____
 Postnr. /sted: _____ Kommune: _____

Foresatt 2. Navn _____ Telefon: _____
 Adresse: _____ Mobiltf. _____
 Postnr. / sted: _____ Kommune: _____

Avtale om delt omsorg innebærer:

Skriv inn hvor mye eleven skal bo hos hver av de foresatte i løpet av 4 eller 6 uker og hvor langt frem i tid avtalen gjelder for. Vi ønsker oppgitt hvilke dager og klokkeslett omsorgsovertakelse skjer på.

Sted og dato: _____ Foresatt 1 _____
underskrift

Sted og dato: _____ Foresatt 2 _____
underskrift