

**SORTLAND KOMMUNE**

***Oppvekst***

|  |
| --- |
| **SØKNAD OM SKOLESKYSS****For elever i grunnskolen** |

 **Opplysninger om eleven ( ved mangelfull utfylling returnes 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 gård-og bruksnr. **Må** fylles ut og skal samsvare med registrert i folkeregistret.

 Foresattes navn: Mobil tlf. E-post:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

 Skyssøknaden behandles i henhold til opplæringsloven og fylkeskommunens skyssreglement. Se [www.fylkesmannen.no](http://www.fylkesmannen.no)

 Det søkes på følgende grunnlag; kryss av:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ordinær skoleskyss, avstandskravet på 4 km (2 km for 1.trinn) er oppfylt. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Delt bosted, 2 adresser. **Fyll ut vedlegg A**. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Funksjonshemming/sykdom. **Legeerklæring kreves. Fyll ut vedlegg B.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Særlig farlig skoleveg. Begrunnes og sendes kommunen. **Fyll ut vedlegg C** |

 Merknader:…………………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Dato:………………….. Underskrift…………………………………………………………………………………………

 **Søknaden skal sendes/ leveres til skolen**.

 Dato:…………………. Skolens attestasjon:…………………………………………………………………………………

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Sortland kommune Tlf. 761 09000

 Oppvekst E-post:postmottak@sortland.kommune.no

 Postboks 117

 8401 Sortland