**Unntatt offentligheten Offl.§13 jfr. Fvl §13 1.ledd**

|  |
| --- |
| **SØKNAD PGA. FUNKSJONSHEMMING****Skjemaet sendes sammen med søknad om skoleskyss** |

**Elevopplysninger::**

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn:** | **Fødselsdato:** |
| **Skole:** |  |

**I henhold til Opplæringslovens § 7,3 har elever som på grunn av funksjonshemming eller sykdom rett til skyss uavhengig av avstanden nellom hjem og opplæringssted. Behovet må dokumenteres av lege eller lignende og må inneholde beskrivelse av elevens transportbehov og varighet.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om eleven** | **Ja / nei** | **Kommentarer** |
| Kan eleven følge ordinær skoleskyss |  |  |
| Kan eleven gå til og fra holdeplass |  |  |
| Trenger eleven reisefølge under transporten |  |  |
| Må eleven ha spesielt tilsyn |  |  |
| Sitter eleven i rullestol under transporten |  |  |
| Medbringer hjelpemidler |  |  |
|  |  |  |

**I vurderingene må det tas hensyn til at sjåfør ikke kan utføre særskilt tilsyn under transporten.**

 Tilleggsopplysninger::………………………………………………………………………………………………………

. …..…………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Foresattes underskrift:**

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

**Skolens attestasjon:**

Dato:…………… Underskrift/stempel:……………………………………………..

**Tilleggsopplysninger fra skolen, eventuelt i eget brev**.