Skriv ut formulär

ANSÖKAN OM SKOLSKJUTS AV SÄRSKILDA SKÄL

FINSPÅNG

Avser elev i:

◯ Grundskola ◯ Grundsärskola ◯ Gymnasiesärskola

Avser läsår:

Elev

Namn	Personnummer

Adress	Postnummer och ort
Telefon bostad (även riktnummer)	Skolskjuts önskas fr.o.m. [datum]
Skolans namn	Årskurs

Vårdnadshavare

Namn	Personnummer

Adress	Postnummer och ort
Telefon dagtid	Telefon mobil
	E-postadress

Ansökan avser

☐ Funktionsnedsättning ☐ Trafikfarlig väg ☐ Annan omständighet ☐ I mån av plats

Beskriv med egna ord varför du ansöker om skolskjuts (vid ansökan gällande funktionsnedsättning ska läkarintyg bifogas). Bifoga gärna skolschema.

Underskift

Jag godkänner att mina personuppgifter behandlas för det ändamål som ansökan avser.

☐ Ja ☐ Nej

Ort och datum

Vårdnadshavare, namnteckning	Namnförtydligande
Vårdnadshavare, namnteckning	Namnförtydligande

OBS. Båda vårdnadshavarna måste skriva under ansökan.

Adress: Finspångs kommun 612 80 Finspång **Expedition**: Bergslagsvägen 13-15
Telefon 0122-850 00 **Telefax**: 0122-855 30
E-mail: kommun@finspang.se **Webplats**: www.finspang.se