

Barn- och utbildningsförvaltningen

Ansökan om skolskjuts

Dnr:

Elev

Namn:	Personnr:
Folkbokföringsadress:	
Skola:	Klass:

Vårdnadshavare

Namn vårdnadshavare 1:	Personnr:
Folkbokföringsadress:	
E-post:	Telefon:
Namn vårdnadshavare 2:	Personnr:
Folkbokföringsadress:	
E-post:	Telefon:

Skolskjuts söks av följande skäl:

- Färdvägens längd
- Trafikförhållanden
- Elevens funktionsnedsättning
- Skolskjuts av annan orsak (t e x delat boende)

Redogör för orsak till ansökan (räcker inte utrymmet bifogas en bilaga)

Underskrift

Datum	Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
-------	------------------	------------------

Skickas till Skara kommun, Barn- och utbildningskontoret, 532 88 Skara