

Lege/helseerklæring

Fylles ut av lege eller behandlingsansvarlig

Vedlegg til «søknad om skoleskyss på medisinsk grunnlag» Opplæringsloven §7.3

Ved behov vil Ruter ta kontakt for utfyllende opplysninger.

1. ELEVEN

Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse (hvor eleven er folkeregistrert)	Postnummer	Sted

2. BAKGRUNN FOR SKYSSBEHOVET

Beskrivelse av transportbehovet. Hvorfor kan ikke ordinært kollektivtilbud benyttes?

Eleven:

Kan gå med ledsager?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Kan benytte kollektivtransport på hele eller deler av strekningen? (For eksempel taxi frem til holdeplass og buss videre til skolen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Kan ta kollektivt med ledsager?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>			
Må ha følge under transporten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Må sitte i rullestol under transporten? Rullestol kan legges sammen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Bli trent i å reise med kollektivtransport	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

3. FORVENTET VARIGHET AV SKYSSBEHOV

Skysstypen	Fra dato	Til dato
Kollektivtransport <input type="checkbox"/>		
Minibuss/taxi <input type="checkbox"/>		
Forventet varighet av skysstypen <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Varig		

4. Stempel og underskrift

Sted og dato	Stempel og underskrift fra lege eller behandlingsansvarlig	Telefonnummer
		Telefontid