



### Ansökan om skolskjuts för elev inom grundskola

Ifylls av vårdnadshavare och skickas till Barn- och utbildningsförvaltningen. Gäller enbart för elev folkbokförd i Simrishamns kommun med skolgång på kommunal grundskola inom Simrishamns kommun. Ny ansökan måste göras inför varje nytt läsår, senast 30/4 varje vårtermin.

Ankomststämpel

#### Avser (texta)

Elevens namn		Personnummer	
Skola			
<input type="checkbox"/> Borrbyskola, årskurs F-6		<input type="checkbox"/> Simrislundsskolan, Simrishamn, årskurs F-3	
<input type="checkbox"/> Gärsnäs skola, årskurs F-6		<input type="checkbox"/> Fredsdalsskolan, Simrishamn, årskurs 4-6	
<input type="checkbox"/> Piratensskolan, Kivik, årskurs F-6		<input type="checkbox"/> Korsavadsskolan, Simrishamn, årskurs 7-9	
<input type="checkbox"/> Sankt Olofs skola, årskurs F-5			
Namn/vårdnadshavare 1		Telefon dagtid	
Adress		Postnr och postort	
Namn/vårdnadshavare 2		Telefon dagtid	
Adress		Postnr och postort	

#### Ansökan avser:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Växelvis boende på två adresser inom Simrishamns kommun | <input type="checkbox"/> Särskilda trafikförhållanden |
| <input type="checkbox"/> Elevs funktionsnedsättning                              | <input type="checkbox"/> Annan orsak                  |

Motivering som styrker ansökan skrivs på sida 2.

#### Skolskjuts önskas:

Datum från och med	Datum till och med
--------------------	--------------------

#### Underskrift

Ort, datum	Ort, datum
Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2

**Vid komplett ifylld ansökan beräknas handläggningstiden under terminstid till två - tre helgfria arbetsveckor från ankomstdatum.**



**Motivering som styrker ansökan:**

För **växelvis boende**, ange omfattning, ex jämn eller udda vecka eller enligt bifogat schema.

För **elevs funktionsnedsättning**, ange medicinsk orsak samt särskilda behov. Bifoga kopia på läkarintyg.

För **särskilda trafikförhållanden**, beskriv behovet så utförligt som möjligt.

För **annan orsak**, ange en tydlig motivering.