

ANSÖKAN OM SKOLSKJUTS grundskolan åk 1 - 9

Skickas till:

Söderhamns Kommun
Barn- och utbildningsförvaltningen
826 80 Söderhamn

Elevens personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer (10 siffror)	
Folkbokföringsadress		Postnummer	Ort
Skolan som ansökan avser		Årskurs	Önskar fr o m (ange datum)

Vårdnadshavare 1

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostad	Mobiltelefon	E-Post	

Vårdnadshavare 2

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostad	Mobiltelefon	E-Post	

Ansökan avser

Lång skolväg Se skolskjutsreglementet	Växelvis boende (Ett fast arrangemang förankrat i lagstiftningen)	Annan särskild omständighet Vid funktionshinder och sjukdom krävs läkarintyg
Antal kilometer mellan hemmet och skolan	Beskriv hur, ex om det är jämna/ udda veckor:	Beskriv orsak:

Underskrift krävs av båda vårdnadshavarna

Datum	Datum
Underskrift vårdnadshavare	Underskrift vårdnadshavare