



Unntatt offentlighet Offl. § 13 jfr. Fvl. § 13 1. ledd

SØKNAD OM SKOLESKYSS

for elever i grunnskolen

Opplysninger om eleven (ved mangelfull utfylling returneres søknaden)

Etternavn	Fornavn
Fødselsdato	Kommune
Adresse (gate og husnr)	Postnr / Sted
E-post	Gnr / Bnr
Skoleår 20 ____ / 20 ____	Gjelder fra dato
Skole	Klassetrinn

Adressen, eller gårds- og bruksnr må fylles ut og skal samsvare med registrert i folkeregisteret.

Foresattes navn:	Mobil tlf	Fast tlf

Skyssøknaden behandles i henhold til opplæringsloven og fylkeskommunens skyssreglement.
Se www.hedmark-trafikk.no

Det søkes på følgende grunnlag, kryss av:

- Ordinær skoleskyss, avstandskravet på 4 km (2 km for 1. trinn) er oppfylt.
 - Delt omsorg, 2 adresser. Fyll ut vedlegg A.
- Funksjonshemming/sykdom. Legeerklæring kreves. Fyll ut vedlegg B.
- Særlig farlig/vanskelig skoleveg. Begrunnes og sendes kommunen.

Merknad: _____

Dato: _____ Underskrift: _____

Søknaden skal sendes/leveres til skolen

Dato: _____ Skolens attestasjon: _____



VEDLEGG A

Unntatt offentlighet Offl. § 13 jfr. Fvl. § 13 1. ledd

DELT OMSORG

Skjemaet sendes sammen med søknad om skoleskyss (gr.sk.)

Elevopplysninger

Navn	Fødselsdato
Skole	

I henhold til Fylkeskommunens skyssreglement gis skyss til begge bosteder når barnet bor tilnærmet lik tid hos hver av foreldrene, og vilkårene for fri skyss er oppfylt. **Det er elevens folkeregistrerte adresse som skal fylles ut på hovedskjema.** Vedlegg A skal fylles ut og underskrives av begge parter selv om skyss søkes kun til en av adressene.

Opplysninger foresatt 1 (adresse må være i henhold til folkeregistrert adresse)

Etternavn	Fornavn
Fødselsdato	Kommune
Adresse	Gnr / Bnr
Postnr / Sted	Telefon
E-post	Mobil tlf

Kryss av for rett alternativ

Lik uke (partall)	Ulik uke (oddetall)
----------------------	------------------------

Opplysninger foresatt 2 (adresse må være i henhold til folkeregistrert adresse)

Etternavn	Fornavn
Fødselsdato	Kommune
Adresse	Gnr / Bnr
Postnr / Sted	Telefon tlf
E-post	Mobil

Kryss av for rett alternativ

Lik uke (partall)	Ulik uke (oddetall)
----------------------	------------------------

Merknad: _____

Dato: _____ Underskrift foresatt 1: _____

Dato: _____ Underskrift foresatt 2: _____



VEDLEGG B

Unntatt offentlighet Offl. § 13 jfr. Fvl. § 13 1. ledd

SKYSS PGA FUNKSJONSHEMMING

Skjemaet sendes sammen med søknad om skoleskyss (gr.sk.)

Elevopplysninger

Navn	Fødselsdato
Skole	

I henhold til Opplæringslovens § 7,3 har elever som på grunn av funksjonshemming eller sykdom rett til skyss uavhengig av avstanden mellom hjem og opplæringssted. Behovet må dokumenteres av lege e.l. og må inneholde beskrivelse av elevens transportbehov og varighet.

Opplysninger om eleven	ja / nei	Kommentarer
Kan eleven følge ordinær skoleskyss		
Kan eleven gå til og fra holdeplass		
Trenger eleven reisefølge under transporten		
Må eleven ha spesielt tilsyn		
Sitter eleven i rullestol under transporten		
Medbringende hjelpemidler		

I vurderingene må det tas hensyn til at sjåfør ikke kan utføre særskilt tilsyn under transporten.

Tilleggsopplysninger

Foresattes underskrift:

Dato: _____ Underskrift: _____

Skolens attestasjon:

Dato: _____ Underskrift/ Stempel: _____

Tilleggsopplysninger fra skolen, eventuelt i eget brev