

Ansökan om skolskjuts

Uppgifter om eleven	Efternamn och förnamn	
	Socialskyddssignum	Årskurs
	Elevens officiella hemadress	Postnummer och postanstalt
	Skola/förskola	
	Skolans/förskolans adress	

Vårdnadshavarens uppgifter	Namn	
	Adress (ifall annan än barnets)	Postnummer och postanstalt
	e-post	
	Telefon	

Ansökan	Skjuts ansöks för tiden	
	Ansökan gäller <input type="checkbox"/> följeslagning <input type="checkbox"/> busskjuts <input type="checkbox"/> taxiskjuts	Skolvägens längd i enkel riktning
	Grund för ansökan <input type="checkbox"/> elevens hälsotillstånd (läkarutlåtande) <input type="checkbox"/> skolvägens längd <input type="checkbox"/> farlig skolväg, motivering: <input type="checkbox"/> ansträngande skolväg, motivering <input type="checkbox"/> annan orsak, vilken	
	Förslagen rutt:	

Vårdnadshavarens underskrift	Datum	Underskrift
-------------------------------------	-------	-------------

Ansökan mottagen ____/____/____ Mottagare _____

Ansökan sändes före skjutsen inledande till:
 Centralen för bildning och välfärd, Karlskronabulevarden 8, PB 77, 07901 Lovisa eller
 koulutoimisto@loviisa.fi
 Tillägsfrågor: utbildningschef, tfn 044 0555 332