

# Søknad om skyss

Grunnskole/videregående skole  
Konfidensielt – Unntatt off. §13



## Brakar

Kollektivtrafikk i Buskerud

Fyll **kun** ut den/de adresser eleven søker skyss til/fra::

Fornavn:	Etternavn:	Fødselsdato:	Telefonnr.	Mobil:
Elevens adresse:	nr./gård/bruks.nr	Postnr:	Poststed:	Mailadresse:
Elevens adr. v/delt omsorg:	nr./gård/bruks.nr	Postnr:	Poststed:	
Elevens adr. v/avlastning:	nr./gård/bruks.nr	Postnr:	Poststed:	
Skole:	Trinn:	Leveringssted på skolen:	Avstand målt kortest gangbare vei (en vei - ikke tur+retur) ..... KM	
Søknaden gjelder for: FOM: TOM:		Søknaden gjelder <input type="checkbox"/> mellom hjem og skole	<input type="checkbox"/> mellom hjem og bussholdeplass	

Eleven går på sin nærskole (ja/nei): \_\_\_\_\_ (må fylles ut).

Fyll **kun** ut de dagene/tidene det søkes skyss

Søker skyss følgende dager	MANDAG	TIRSDAG	ONSDAG	TORSDAG	FREDAG	Fylles ut av BK Transportmiddel
Skolestart kl:						
SFOstart kl:						
Skoleslutt kl:						
SFOslutt kl:						

Det søkes om skyss på følgende grunnlag:

§ 7.3 Legeattest		§ 7.1 Avstand	
<input type="checkbox"/> Midlertidig skadet/syk Kreves dokumentasjon	<input type="checkbox"/> Fast kjøring Må vedlegges, evt.kopi	<input type="checkbox"/> Mangler buss	<input type="checkbox"/> Delt omsorg offentlig dokumentasjon vedlegges

- Elevens funksjonshemming/Spesielle opplysninger transportøren bør ta hensyn til:  
.....
- Behov for ledsager :.....
- Eleven må sitte i rullestol under transporten
- Annen informasjon:.....  
.....

Skolens navn - stempel/underskrift:.....  
Foresattes underskrift:.....