



ASKERSUNDS KOMMUN

Ansökan om skolskjuts

Läsår.....

Minsta avstånd, se reglerna

Barn

Vårdnadshavare

Efternamn	Tilltalsnamn	Efternamn	Tilltalsnamn
Personnummer: (10 siffror)		Tel. hem och dagtid:	
Adress, postnummer och ort:		Klass:	
Fastighetsbeteckning:		Skola:	

Ange avståndet mellan hemmet och skolan _____ km

Ange avståndet till närmaste hållplats _____ km

Ansöker om skolskjuts trots att villkoren för skolskjuts enl reglerna inte uppfylls.
Bifoga skriftlig motivering! Vinterskolskjuts söks på annan blankett!

Skjuts **ToR** måndag-fredag

Skjuts **till** skolan måndag-fredag

Skjuts **från** skolan måndag-fredag

Skjuts **till och från skolan enligt schema, lämna skolskjutsschema!**

Observera!

Om barnets omsorgstid på fritids varierar (till och från fritids ingen skolskjuts) måste skjutsschema bifogas.

Skolskjutstiderna erhålls vid skolstarten.

Ansökan insändes till: **Askersunds kommun**
 Tekniska förvaltningen
 Skolskjutsansvarig

696 82 ASKERSUND

Ansökan godkänns och gäller tills vidare under förutsättning att ovanstående inte förändras eller att skolskjutsreglerna säger något annat. Se beslut.

Ansökan avslås. Se beslut.

Beslut:.....
.....

Beslutsfattare:.....