



Ansökan om skolskjuts vintertid

Läsår.....

Minsta avstånd, se reglerna

Barn

Vårdnadshavare

Efternamn	Tilltalsnamn	Efternamn	Tilltalsnamn
Personnummer: (10 siffror)		Tel hem <u>och</u> dagtid:	
Adress, postnummer och ort:		Klass:	
Fastighetsbeteckning:		Skola:	

Ange avståndet mellan hemmet och skolan _____ km

Ange avståndet till närmaste hållplats _____ km

- Skjuts **ToR** måndag-fredag
- Skjuts **till** skolan måndag-fredag
- Skjuts **från** skolan måndag-fredag
- Skjuts **till och från skolan enligt schema, lämna skolskjutsschema!**

Ansökan insändes till:

Askersunds kommun
Tekniska förvaltningen
Skolskjutsansvarig

696 82 ASKERSUND

-
- Ansökan godkänns under förutsättning att ovanstående inte förändras eller att skolskjutsreglerna säger något annat.
 - Ansökan avslås.
-
-

Beslutsfattare: