



Ansökan om skolskjuts vintertid

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

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: