



Läsår:

Annan period , ange datum  
fr.o.m. – t.o.m -

**Ansökan gäller:**

- Skolskjuts
- Skolskjuts, vintertid (efter novemberlovet- sista mars)
- Skolskjuts trots att villkoren för skolskjuts enligt reglerna inte uppfylls.

**Eleven**

Förnamn		Efternamn		Personnummer	
Folkbokföringsadress			Postnummer		Postort
Fastighetsbeteckning					
Skolans namn			Årskurs		
Annan skola än anvisad av kommunen					

**Vårdnadshavare** (Där eleven är folkbokförd)

Förnamn		Efternamn	
Telefonnummer bostad		Mobiltelefonnummer	
E-postadress			

**Skolskjuts**

Ange avståndet mellan hemmet och skolan		Ange avståndet till närmaste hållplats	
Närmaste hållplats namn			
Skolskjuts önskas			
<input type="checkbox"/> Skjuts tur och retur måndag-fredag			
<input type="checkbox"/> Skjuts till skolan måndag-fredag			
<input type="checkbox"/> Skjuts från skolan måndag-fredag			
<input type="checkbox"/> Skjuts till och från skolan enligt schema, glöm inte att lämna skolskjutsschema			

**Skolskjuts trots att villkoren för skolskjuts enligt reglerna inte uppfylls**

Ange en motivering
--------------------

**Övriga upplysningar**

--



**Beslutet på ansökan skickas**

<input type="checkbox"/> Till angiven e-postadress	<input type="checkbox"/> Per post till folkbokföringsadressen
--	---

**Vårdnadshavare namnteckning**

Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga
--

Ort och datum
---------------

Efter påskrift e-posta inscannad kopia till: skolskjuts@askersund.se eller posta den till  
Askersunds kommun  
Skolskjutsansvarig  
696 82 Askersund

---

**Fylls i av Askersunds Kommun**

<input type="checkbox"/>	Ansökan godkänns och gäller tills vidare under förutsättning att ovanstående inte förändras eller att skolskjutsreglerna säger något annat.
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	Ansökan avslås. Se beslut.
--------------------------	----------------------------

Beslut	
--------	--

Beslutsfattare	Datum
----------------	-------