

Gäller	<input type="checkbox"/> ny transport	<input type="checkbox"/> ändring fr o m _____	<input type="checkbox"/> avslutning transport fr o m _____
--------	---------------------------------------	---	--

Elevuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnr
Skoltillhörighet/årskurs	Kontaktperson skola	Telefon
Kontaktperson fritids	Telefon	Kontaktperson korttids. Telefon

Utformning av skolskjutsen

Skolskjutsen bör utformas på följande sätt med hänsyn till barnets behov

<input type="checkbox"/> Enbart specialfordon	<input type="checkbox"/> Enbart personbil	<input type="checkbox"/> Ensamåkning	<input type="checkbox"/> Ledsagare	<input type="checkbox"/> 2/Bak	<input type="checkbox"/> H/Bak	<input type="checkbox"/> Framsäte
<input type="checkbox"/> Bälteskudde	<input type="checkbox"/> Extra midjebälte/Specialfordon	<input type="checkbox"/> Medför hjälpmedel _____	<input type="checkbox"/> Övrigt, se nedan			
<input type="checkbox"/> Begränsad omvägstid	<input type="checkbox"/> Samåker endast med särskolelever	<input type="checkbox"/> Samåker med andra elever, färdtjänst- och omsorgsresenärer				
<input type="checkbox"/> Lämnas till mottagare i hemmet	<input type="checkbox"/> Lämnas till personal i skola					
<input type="checkbox"/> Reser till korttidsboende. Adress: _____						

Övriga upplysningar beträffande eventuella funktionshinder eller annat av betydelse för transportens utförande

Skjutsen avser sträckan	Från _____ till _____ <input type="checkbox"/> och omvänt
	Från _____ till _____ <input type="checkbox"/> och omvänt

<input type="checkbox"/> Alla skoldagar	<input type="checkbox"/> Skoldagar udda veckor	<input type="checkbox"/> Skoldagar jämna veckor
<input type="checkbox"/> Annat _____	Gäller perioden: _____	

Övriga resor efter LSS-beslut _____

Följande tider ska gälla för skolskjutsen

Dag	Fylls i av vårdnadshavare	Fylls i av skola	Fylls i av Sörmlandstrafiken	Dag	Fylls i av vårdnadshavare	Fylls i av skola	Fylls i av Sörmlandstrafiken
	Hämtas i hemmet senast klockan	Skola börjar klockan	Bil hämtar klockan		Lämnas i hemmet tidigast klockan	Skola slutar klockan	Bil hämtar klockan
Måndag				Måndag			
Tisdag				Tisdag			
Onsdag				Onsdag			
Torsdag				Torsdag			
Fredag				Fredag			

Underskrift

Datum	Vårdnadshavare namnteckning	Namnförtydligande
-------	-----------------------------	-------------------

Fylls i av stadsbyggnadsförvaltningen

Beställningen godkänd av	Datum
--------------------------	-------