

Lege/helseerklæring

Fylles ut av lege eller behandlingsansvarlig

Vedlegg til «søknad om skoleskyss på medisinsk grunnlag» Opplæringsloven §7.3
Ved behov vil Ruter ta kontakt for utfyllende opplysninger.

1. OPPLYSNINGER OM ELEVEN

Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse (hvor eleven er folkeregistrert)	Postnummer	Sted

2. BAKGRUNN FOR SKYSSBEHOVET

Beskrivelse av transportbehovet. Hvorfor kan ikke ordinært kollektivtilbud benyttes?

3. FORVENTET VARIGHET AV SKYSSBEHOV

Skyssbehov i hele eller deler av perioden					
Kollektivtransport	<input type="checkbox"/>	Fra og med dato:		Til og med dato:	
Minibuss/taxi	<input type="checkbox"/>	Fra og med dato:		Til og med dato:	
Øvrige behov					
Kan gå med ledsager?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Må ha tilsyn under transporten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Kan ta kollektivt med ledsager?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Må eleven sitte i rullestol under transporten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Må kjøre alene?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Rullestol kan legges sammen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Kan eleven benytte kollektivtransport på hele eller deler av strekningen? (For eksempel taxi frem til holdeplass og buss videre til skolen)					
Bli det satt inn tiltak for å trene eleven til å ta ordinær kollektivtransport? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>					

4. Stempel og underskrift

Sted og dato	Stempel og underskrift fra lege eller behandlingsansvarlig	Telefonnummer
		Telefontid