



Av Arvika kommuns skolskjutsreglemente framgår att skolskjuts kan beviljas p g a särskilda behov, funktionsnedsättning eller andra särskilda skäl.

Ansökan gäller läsåret _____ / _____

Ny ansökan

Förlängd ansökan tillsammans med utvärdering

Elev

Namn		Personnummer	
Folkbokföringsadress (ange även postnummer och ort)			
Skola	Klass	Fritidshemsplacering finns <input type="checkbox"/> Fm <input type="checkbox"/> Em <input type="checkbox"/> Enbart vissa dagar	

ORSAK TILL ANSÖKAN

Elev med särskilda behov (Arvika kommuns skolskjutsreglemente punkt 8)

- Fysiska medicinska behov
Läkarintyg med bedömning varför skolskjuts behövs ska bifogas ansökan.
- Övriga särskilda behov
Orsak anges i separat bilaga. Underlag från EHT (elevhälsoteam) inhämtas från skolan.

Elev med funktionsnedsättning (Arvika kommuns skolskjutsreglemente punkt 9)

Läkarintyg varför skolskjuts behövs ska bifogas till ansökan.

- Bestående funktionsnedsättning
- Tillfällig funktionsnedsättning, ej olycksfall. OBS Bifoga varför privat försäkring inte använts.

Tillfällig funktionsnedsättning p g a olycksfall: Arvika kommun har tecknat en kollektiv olycksfallsförsäkring för elever, kontakta aktuellt försäkringsbolag (www.arvika.se/utbildningochbarnomsorg/forsakringar)

Annan orsak till ansökan om skolskjuts p g a särskilda skäl

(Arvika kommuns skolskjutsreglemente punkt 10)

- Orsak anges i separat bilaga.

Underskrifter:

Ort och datum:

Ort och datum:

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Telefon dagtid _____

Telefon dagtid _____

Arvika kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordning och den svenska kompletterande lagen för dataskydd. För mer information om Arvika kommuns hantering av personuppgifter besök vår webbplats www.arvika.se/dataskydd.

Fullständig ansökan tillsammans med ovanstående bilagor skickas till: ARVIKA KOMMUN,
9 Kanslifunktionen, 671 81 ARVIKA.