



Ansökan om skolskjuts för anpassad grundskola

Datum _____

Har du frågor?

Gävle kommun
Livsmiljö Gävle
Trafik och tillstånd
Telefon: 026-17 80 00
E-post: gavle.kommun@gavle.se

Skickas till:

Gävle kommun
Livsmiljö Gävle
Trafik och tillstånd
801 84 Gävle

Ansvarig myndighet är Samhällsbyggnadsnämnden.

Vid ansökan under pågående läsår är handläggningstiden upp till 6 veckor.

Läsår: 20 ____ / ____	Annan period, du kan endast ansöka för ett läsår i taget, (ange datum fr.o.m. - t.o.m.) -
-----------------------	---

Elev

Förnamn	Efternamn		
Gatuadress (folkbokföringsadress)			Personnummer
Postnummer	Postort		

Skola

Skolans namn	Årskurs
---------------------	----------------

Ansökan gäller

Folkbokföringsadress Växelvis boende Till/från gruppboende
--

Växelvis boende

Skolskjuts vid växelvis boende beviljas om barnet bor ungefär lika mycket hos båda vårdnadshavarna inom Gävle kommun. För att kunna planera skolskjuts för eleven behöver du ange från vilka adresser och vilka veckor/dagar som eleven reser från de olika adresserna.

Vårdnadshavare 1	Jämna veckor	Udda veckor	Annat, schema bifogas
Vårdnadshavare 2	Jämna veckor	Udda veckor	Annat, schema bifogas

Elev med funktionsnedsättning (Välj ett eller flera alternativ)

Med busskort (x-trafik) Assistent måste åka med	Kan åka personbil Kan inte samåka med andra elever	Kan åka endast specialfordon Annat, ange vad: _____
Hjälpmedel Rullstol	Elrullstol	Annat, ange vad: _____

Beskriv färd sätt utifrån elevens funktionsnedsättning:

Jag lämnar härmed mitt medgivande till att kontakt får tas med skola samt hälso- och sjukvården för att få upplysningar av betydelse för skolskjutsutredningen:

Ja

Nej

Gävle kommun behandlar de personuppgifter du lämnar enligt EU:s dataskyddsförordning.

Du kan ta del av den lagliga grunden för behandlingen av dina personuppgifter på

www.gavle.se/dataskydd. Om du undrar över något kan du mejla till dataskyddsombud@gavle.se

eller ringa 026–178000 och be om att få tala med ett dataskyddsombud.

Vårdnadshavare 1

För- och efternamn		Hemtelefonnummer/Mobilnummer	
Gatuadress (folkbokföringsadress)		E-postadress	
Postnummer	Postort		
Ort	Datum	Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga (namnteckning)	

Vårdnadshavare 2

För- och efternamn		Hemtelefonnummer/Mobilnummer	
Gatuadress (folkbokföringsadress)		E-postadress	
Postnummer	Postort		
Ort	Datum	Jag intygar att ovanstående uppgifter är riktiga (namnteckning)	