



Ansökan om skolskjuts för anpassad grundskola och gymnasieskola

Datum: _____

Har du frågor?

Gävle kommun
Livsmiljö Gävle
Verksamhetsservice
Skolskjuts och Färdtjänst
Telefon: 026-17 80 00
E-post: gavle.kommun@gavle.se

Skickas till:

Gävle kommun
Livsmiljö Gävle
Verksamhetsservice
Skolskjuts och Färdtjänst
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

En elev har rätt att ansöka om skolskjuts vid växelvis boende, om villkoren för skolskjuts i övrigt är uppfyllda. Växelvis boende innebär att eleven bor på två adresser. Eleven måste bo minst 40 procent av vardagarna på den adress som ansökan avser. Eleven måste vara folkbokförd i Gävle kommun och båda vårdnadshavarnas adresser behöver tillhöra Gävle kommun.

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)	