

Skjema for lege eller behandlingsansvarlig - bekreftelse på behov for skyss

Vedlegg til søknad om skoleskyss pga funksjonshemming eller midlertidig skade - Opplæringsloven § 4.1

Bekreftelse fra lege eller annen helsefaglig instans som har rett til å utstede sykemelding. Uttalelsen skal inneholde hvilken transport som er nødvendig og varigheten av transportbehovet. Bekreftelsen kan ikke være eldre enn 3 måneder. Elever med kronisk funksjonshemming som gjennom vedtak fra fylkeskommunen er innvilget varig tilrettelagt skyss, trenger ikke levere nytt legeskjema ved overgang til nytt skoleår, så fremt det ikke er endring eller tvil om det medisinske grunnlaget for tilrettelagt skyss. Jf. *Retningslinjer for skoleskyss for grunn- og videregående skoler i Nordland* punkt 1.2.4.

1. Elevopplysninger

Fornavn, etternavn: _____ Fødselsdato: _____

Adresse: _____ Postnr. _____ Poststed: _____

Skole: _____ Klasse: _____

2. Fylles ut av lege/behandler:

Eleven har behov for transport mellom hjem/skole Midlertidig
 Varig

Det bekreftes at eleven pga av sin funksjonsnedsettelse, har behov for skoleskyss med:

buss taxi

Kort beskrivelse av skyssbehovet. Fylkeskommunen vil kunne kontakte lege for nærmere informasjon.

I perioden f.o.m dato: _____ t.o.m. dato: _____

Dato og sted

Underskrift lege/behandler og stempel

Behandlingssted