

ATTEST / HELSEERKLÆRING

Vedlegg til skjema "Søknad om tilrettelagt skoleskyss"

Fylles ut av lege eller behandlende psykolog/psykiater

Ved behov vil Østfold kollektivtrafikk ta kontakt for utfyllende opplysninger eller vurdering av transportbehov.

1. OPPLYSNINGER OM ELEVEN

Etternavn, fornavn		Personnr (11 siffer)
Adresse		Postnr
		Sted

2. BAKGRUNN FOR SKYSSBEHOV

Diagnose / beskrivelse av transportbehov ift funksjonshemming / hvorfor kan ikke ordinære skysstilbud benyttes ? :

3. SKYSSBEHOV OG FORVENTET VARIGHET

Skyssbehov i hele eller deler av perioden:

Buss <input type="checkbox"/>	Fra og med dato:	Til og med dato:
Foreldre/egenskyss <input type="checkbox"/>	Fra og med dato:	Til og med dato:
Tog <input type="checkbox"/>	Fra og med dato:	Til og med dato:
Taxi <input type="checkbox"/>	Fra og med dato:	Til og med dato:
Annet; <input type="checkbox"/>	Fra og med dato:	Til og med dato:

Øvrige behov:

Kan gå med følgeperson <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Må ha tilsyn under transporten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Kan ta buss med følgeperson <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Bruker rullestol <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Kan kjøre sammen med andre <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	-Rullestolen kan legges sammen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Er det behov for skyss på hele strekningen mellom hjem og skole, eller er det tilstrekkelig med transport på deler av strekningen eller eventuelt en kombinasjon av transport (for eksempel taxi frem til buss og buss videre til skolen)?

Vil transportbehovet endres hvis eleven får opplæring/tilvenning til alternativ transport som f.eks. buss ? Ja Nei

Hvis Ja, hvordan:

4. STEMPEL OG UNDERSKRIFT

Sted og dato:	Stempel og underskrift fra lege/psykolog:	Telefonnummer:
		Telefontid (tt:mm):

Skjema B17082009



Østfold kollektivtrafikk

