Lege/helseerklæring
Fylles ut av lege eller Behandlingsansvarlig

Vedlegg til «søknad om skoleskyss på medisinsk grunnlag» Opplæringsloven §7.3
Ved behov vil ØKT ta kontakt for utfyllende opplysninger.

1. Eleven

Etternavn, Fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse (Hvor eleven er folkeregistrert)	**Postnummer**	**Sted**

2. Bakgrunn for skyssbehovet

Beskrivelse av transportbehovet. Hvorfor kan ikke ordinært kollektivtilbud benyttes?

Eleven:	
Kan gå med ledsager? Ja ☐ Nei ☐ Kan ta kollektivt med ledsager? Ja ☐ Nei ☐ Må ha følge under transporten? Ja ☐ Nei ☐ Blir trent i å reise med kollektivtransport Ja ☐ Nei ☐	Kan benytte kollektivtransport på hele eller deler av strekningen? (for eksempel taxi frem til holdeplass og buss videre til skolen) Ja ☐ Nei ☐ Må sitte i rullestol under transporten? Ja ☐ Nei ☐ Rullestol kan legges sammen? Ja ☐ Nei ☐

3. Forventet varighet av skyssbehov

Skyssbehov i hele eller deler av perioden	Fra dato	Til Dato
Kollektivtransport ☐ **Minibuss/taxi** ☐		
Forventet varighet av skyssbehovet ☐ **Midlertidig** ☐ **Varig**		

4. Stempel og Underskrift

Sted og dato	Stempel og underskrift fra lege eller Behandlingsansvarlig	telefonnummer