



Samtliga elever i grundskola och i särskola som uppfyller avståndskraven enligt riktlinjerna och går på sin placeringsskola erhåller skolskjuts. I dessa fall behöver vårdnadshavare inte lämna någon ansökan om skolskjuts. Sandvikens kommun erbjuder förskolebarn skolskjuts på samma grund som grundskolan. Avståndskrav 2km, F-klass-åk 3, 3km åk 4 - åk6, 5km åk 7- åk 9.

* Fält som måste fyllas i

| | |
|------------------|---|
| Läsår: 20__/____ | Annan period Ange datum fr.o.m. - t.o.m. |
|------------------|---|

Elev

| | |
|------------------------------------|---------------|
| Förnamn* | Efternamn* |
| Gatuadress (folkbokföringsadress)* | Personnummer* |
| Postnummer | Postort |

Skola*

| | |
|---------------------------|---------|
| Skolans namn | Årskurs |
| Av kommunen anvisad skola | |

Ansökan gäller*

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Skolskjuts till annan skola än placeringsskola | <input type="checkbox"/> Trafiksäkerhet |
| <input type="checkbox"/> Växelvis boende | <input type="checkbox"/> Annan särskild omständighet |
| <input type="checkbox"/> Elev med funktionsnedsättning | |

Växelvis boende

Beviljad skolskjuts vid växelvis boende sker med skolkort som gäller på den linjelagda kollektivtrafiken inom Sandvikens kommun.

Elev med funktionsnedsättning i ansökan ska intyg bifogas som beskriver och styrker behovet av skolskjuts

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kan åka skolbuss | <input type="checkbox"/> Rullstol |
| <input type="checkbox"/> Kan åka personbil | <input type="checkbox"/> Elrullstol |
| <input type="checkbox"/> Kan endast åka specialfordon | <input type="checkbox"/> Rullator hopfällbar |
| <input type="checkbox"/> Kan inte samåka med andra elever | <input type="checkbox"/> Rullator inte hopfällbar |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vad..... | |

Trafiksäkerhet

Beskriv hur elevens väg till skola ser ut och på vilket sätt den inte är trafiksäker

Annan orsak

| |
|--|
| |
|--|

Övriga upplysningar

| |
|--|
| |
|--|

Vårdnadshavare 1*

| | | | |
|-----------------------------------|---------|---|---------------|
| Förnamn | | Efternamn | |
| Gatuadress (folkbokföringsadress) | | | Telefonnummer |
| Postnummer | Postort | E-postadress | |
| Ort | Datum | Jag intygar att ovanstående uppgifter är korrekta. (namnteckning) | |

Vårdnadshavare 2*

| | | | |
|-----------------------------------|---------|---|---------------|
| Förnamn | | Efternamn | |
| Gatuadress (folkbokföringsadress) | | | Telefonnummer |
| Postnummer | Postort | E-postadress | |
| Ort | Datum | Jag intygar att ovanstående uppgifter är korrekta. (namnteckning) | |

Ansökan skickas till
Sandvikens kommun
Västra Gästriklands samhällsbyggnadsförvaltning
811 80 Sandviken

Eller lämna ansökan till Medborgarservice.