



Ansökan om skolskjuts

Blanketten fylls i av barnets vårdnadshavare. Bifoga barnets skolschema.

Barnet har skolskjuts idag: Ja Nej

| | | |
|--|---------------|--------|
| Barnets namn: | Personnummer: | |
| Skola: | Klass: | Läsår: |
| Ansökan avser skolskjuts från och med (datum): | | |

Ansökan avser

Avstånd Funktionsnedsättning Trafikförhållande Annan särskild omständighet

Beskriv med egna ord varför du ansöker om skolskjuts

Om ansökan avser funktionsnedsättning ska ett utlåtande från läkare, psykolog eller annan relevant profession bifogas. Av utlåtandet ska det framgå på vilket sätt funktionsnedsättningen medför ett behov av skolskjuts för eleven. Vid bedömning av ansökan kan utlåtande komma inhämtas internt från tidigare förskola eller skola.

Schema

| | Måndag | | Tisdag | | Onsdag | | Torsdag | | Fredag | |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Morgon | Em | Morgon | Em | Morgon | Em | Morgon | Em | Morgon | Em |
| Udda veckor: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jämna veckor: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Barnets folkbokföringsadress

| | |
|-------------|------|
| Postadress: | |
| Postnummer: | Ort: |

Eventuell annan adress

| | |
|-------------|------|
| Postadress: | |
| Postnummer: | Ort: |

Kontaktuppgifter

| | |
|------------------------|------------------------|
| Vårdnadshavarens namn: | Vårdnadshavarens namn: |
| E-postadress: | E-postadress: |
| Telefon: | Telefon: |

Underskrift (observera att det krävs underskrift av båda vårdnadshavarna)

| | | |
|-------|----------------------------------|----------------------------------|
| Datum | Vårdnadshavarens namnunderskrift | Vårdnadshavarens namnunderskrift |
|-------|----------------------------------|----------------------------------|

Ansökan om skolskjuts skickas till:

Eslövs kommun
Barn och Utbildning
Skolskjuts
241 80 Eslöv

E-post: skolskjuts@eslov.se
Telefon: 0413-620 34

Behandling av personuppgifter

Eslövs kommun behandlar dina och ditt barns personuppgifter vid hanteringen av ditt ärende.

Uppgifterna du lämnar behövs för att vi ska kunna pröva och hantera skolskjuts eller elevresa. Personuppgifterna behandlas på den rättsliga grunden [myndighetsutövning och uppgifter av allmänt intresse](#). Barn och Utbildning är mottagare av personuppgifterna och personuppgiftsansvarig är barn- och familjenämnden för ärende inom för- och grundskola.

Mer om [behandling av personuppgifter](#) och [allmänna handlingar](#) på eslov.se/gdpr.

Mer om dataskyddsförordningen och rättsliga grunder hos [Integritetsskyddsmyndigheten](#), imy.se.