



Elev

Elevens namn	Personnummer
Elevens folkbokföringsadress (ange även postnummer och ort)	
Skola/klass	

Vårdnadshavare

Namn	Namn
Telefon	Telefon
E-post	E-post

Särskilda skäl

Trafikförhållanden (förtydliga nedan)	Medicinska skäl (bifoga läkarintyg)	Annan omständighet (förtydliga nedan)
Förtydligande		
Vi ansöker om skolskjuts för följande tid <input type="checkbox"/> Hela höstterminen år _____ <input type="checkbox"/> Hela vårterminen år _____ <input type="checkbox"/> Annan tid, fr.o.m. _____ t.o.m. _____		
Fyll i hur ofta eleven behöver skolskjuts till skolan <input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> _____ gånger/vecka	Fyll i hur ofta eleven behöver skolskjuts från skolan <input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> _____ gånger/vecka	
Kommentar (olika dagar, veckor etc.)	Kommentar (olika dagar, veckor etc.)	

Datum	Vårdnadshavare, underskrift	Vårdnadshavare, underskrift
-------	-----------------------------	-----------------------------

Vårdnadshavare är skyldig att meddela eventuella förändringar.

Blanketten skickas till Vetlanda kommun, BU-kansliet, 574 80 Vetlanda.

Vi behöver tid för handläggning så det är bra om du skickar in blanketten så snart som möjligt.

Barn- och utbildningsnämnden kommer att behandla personuppgifterna för handläggning av skolskjuts.