



**SØKNAD OM SKYSSSTILSKUDD/SKYSSGODTGJØRELSE SKOLEÅRET 200../0...**

(BRUK BLOKKBOKSTAVET)

1. NAVN: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

POSTNR./STED: \_\_\_\_\_

SKOLE: \_\_\_\_\_ LINJE/KURS: \_\_\_\_\_ KLASSE: \_\_\_\_\_

FØDSELSÅR: \_\_\_\_\_

Avstand hjem/skole (en vei): \_\_\_\_\_ Avtand til nærmeste holdeplass: \_\_\_\_\_

Navn på nærmeste holdeplass: \_\_\_\_\_

Undervisning start/slutt	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
-----------------------------	--------	---------	--------	---------	--------

Mottar eleven tilskudd til skyss fra NAV? Ja \_\_\_ Nei \_\_\_ (sett kryss)

2. SØKNADEN GJELDER (sett kryss):

\_\_\_ MANGLENDE RUTETILBUD (oppgi strekning med manglende rutetilbud)

\_\_\_ OPPLÆRINGSMESSIG UTPLASSERING (oppgi utplasseringssted)

\_\_\_ FUNKSJONSHEMMET ELEV (legg ved legeattest)

\_\_\_ SKYSS UNDER SYKDOM (legg ved legeattest)

TILLEGGSOPPLYSNINGER: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. TIDSRUM DET SØKES STØTTE FOR:

Fra dato \_\_\_\_\_ Til dato \_\_\_\_\_ Antall skoledager \_\_\_\_\_

4. BEKREFTELSE OG ANBEFALING FRA SKOLEN:

Søknaden anbefales:

Skolens stempel og underskrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Elevens underskrift: \_\_\_\_\_