

**Ansökan om skolskjuts vid särskilda skäl**

Förnyad ansökan görs inför varje läsår. Denna ansökan avser läsåret:

Skäl till ansökan

Trafikförhållande <input type="checkbox"/>	Funktionshinder <input type="checkbox"/>	Växelvis boende <input type="checkbox"/>	Annan orsak <input type="checkbox"/>
--------------------------------------------	------------------------------------------	------------------------------------------	--------------------------------------

Ansökan gäller eleven

Efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	Telefon
Postadress	Telefon kvällstid
Skola	Årskurs
Skäl till ansökan	

Vid växelvis boende

Vårdnadshavare 1, namn	
Adress	Telefon dagtid
Postadress	Telefon kvällstid
E-postadress	Mobiltelefon
Vårdnadshavare 2, namn	
Adress	Telefon dagtid
Postadress	Telefon kvällstid
E-postadress	Mobiltelefon

Underskrift

Ort och datum	Ort och datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Blanketten skickas till:

Arboga kommun
Barn- och utbildningsförvaltningen
Box 6
732 21 Arboga