



ANSÖKAN om skolskjuts

Läsåret ____/____

Elev

Namn		Personnummer	
Folkbokföringsadress		Postnummer	Ort
Skola och klass		Telefon dagtid	

Målsmans Mailadress

--

Skolskjuts önskas:

<input type="checkbox"/> Hela läsåret	<input type="checkbox"/> Tillfälligt under perioden
---------------------------------------	---

Ansökan görs på grund av:

<input type="checkbox"/> Färdvägens längd	<input type="checkbox"/> Trafikförhållande	<input type="checkbox"/> Funktionshinder	<input type="checkbox"/> Särskild omständighet
---	--	--	--

Beskrivning av anledning till ansökan:

--

Målsmans underskrift:

Målsmans namnteckning och förtydligande	Ort och datum
Målsmans namnteckning och förtydligande	Ort och datum

Med denna underskrift lämnar jag mitt samtycke till att Kollektivtrafikkontoret får inhämta information om mitt barn från skolan och sjukvården om det är nödvändigt i utredningen.

Personuppgifter som lämnas i denna handling behandlas av barn – och utbildningsförvaltningen (Tibro och Karlsborg) och kommunstyrelsen (Hjo) i samband med utredningen av er ansökan om skolskjuts. Du har rätt att en gång per år, efter skriftlig och underskriven begäran, få information om vilka personuppgifter om dig som behandlas av nämnda förvaltning. Förvaltningen är skyldig att omgående rätta felaktiga eller missvisande uppgifter.

Ansökan skickas till:
Tibro Kommun
Kollektivtrafikkontoret
543 80 TIBRO

Beslut fattas av handläggare på Kollektivtrafikkontoret med stöd av delegering från barn- och utbildningsnämnden i Tibro och Karlsborg och kommunstyrelsen i Hjo.