



SKÖVDE

Personuppgifter

LÄKARUTLÅTANDE
Avseende behov av skolskjuts p g a funktionsnedsättning
Blanketten skickas till:
Skövde kommun, Trafikenheten, 541 83 Skövde

Elevens namn		Personnummer
Adress		Postadress
Skola	Årskurs	

Intyget utfärdat av

Namn	Ev. specialkompetens
Tjänsteställe	
Adress	Postadress
Telefon (även riktnummer)	Telefontid

Läkarens kännedom om sökanden

Kännedom om sökanden sedan, datum	Senaste undersökningstillfälle, datum
-----------------------------------	---------------------------------------

Beskriv funktionsnedsättning

Bedömer du att den sökande inte klarar av att ta sig till skolan annat än med personbil?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om Nej, varför?	
Hur länge bedöms funktionsnedsättningen bestå?	
<input type="checkbox"/> Varaktigt, tills vidare	<input type="checkbox"/> Tillfälligt cirka månader

Namnteckning

Ort och datum	
Läkare, namnteckning	Namnförtydligande