



Kristinestads stad /
Serviceområdet för utbildning

ANSÖKAN OM SKOLSKJUTS
ELEVER I FÖRSKOLA OCH
GRUNDLÄGGANDE UTBILDNING

(lagen om grundläggande utbildning, 32 §) för läsåret _____ - _____

Anmälan till skolskjuts i enlighet med principerna för skolskjuts för elever som uppfyller villkoren om kostnadsfri skolskjuts. Principerna för skolskjuts finns andra sidan av ansökan.

* **Ansökan om skolskjuts med specialvillkor:**

- På basis av utlåtande av läkare eller annan sakkunnig
- På basis av skolvägens farlighet utgående från Koululiitu-kartorna
- Annan orsak

Elevers uppgifter

Namn	Födelseid
Elevers näradress enligt myndigheten för digitalisering och befolkningsdata	
Skolans namn	Klass
Skolvägens längd (i en riktning) km (med 100 m:s noggrannhet) _____ km _____ m	

* Motiveringar för ansökan

<input type="checkbox"/> Utlåtande av läkare eller annan sakkunnig (bilaga)

Underskrift

Plats och datum	Vårdnadshavarens underskrift
Telefonnummer	Namnförtydligande
E-postadress	

Tilläggsuppgifter: sekreterare 050 530 5069, nina.haaranoja@krs.fi

Ansökan skickas till skolans rektor, daghemmet eller bildningsväsendets kansli (Lappfjärdsvägen10, 64100 Kristinestad)