

LEGEERKLÆRING

BRUK BLOKKBOKSTAVAR / SKRIV TYDELEG

Dokumentet gjelder: Første uttalelse fra lege Fornyning av tidligere dokumentasjon

1. ELEV		
Namn (etternamn, fornamn):		Fødselsnummer:
Adresse:	Postnr.:	Poststad:
Skole:	Kommune:	
2. BAKGRUNN FOR SKYSSBEHOV <i>Elevar skal som hovudregel reise kollektivt. Dersom dette ikkje er mogleg, skal årsak tydeleg framkomme.</i>		
Skildring av transportbehov iht. elevens diagnose (må fyllast ut):		
3. ELEVEN SIN EVNE TIL BRUK AV BUSSTRANSPORT		JA NEI
Har eleven fått trening/tilvenning til å nytte busstransport? <i>Om nei, kvifor ikkje?</i>		
Eleven kan ta buss dersom han/ho får reisefølge/tilsyn under reisen? <i>Om nei, på kvifor ikkje?</i>		
4. TRANSPORTBEHOV		
<input type="checkbox"/> Buss	frå og med dato.....	til og med dato.....
<input type="checkbox"/> Privat bil / drosje	frå og med dato	til og med dato.....
Varighet av funksjonshemming:	<input type="checkbox"/> midlartidig <input type="checkbox"/> varig	Transportbehovet vil vare i..... (maks 2 år)
Eleven har behov for transport:	<input type="checkbox"/> mellom heim og skole	<input type="checkbox"/> mellom heim og busshaldeplass
Eleven:		
Kan gå til skolen med følgjeperson:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Kan ta buss med følgjeperson:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Må ha følge under transporten:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Brukar manuell rullestol:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Rullestolen kan leggjast saman: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Brukar elektrisk rullestol:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
5. STEMPEL OG UNDERSKRIFT FRÅ LEGE/PSYKOLOG/PSYKIATER		
Dato og stad	Lege/psykolog/psykiater si underskrift og stempel	Telefonnummer

Legeerklæringa skal leggjast ved søknad om skoleskyss:

Skyss, postboks 7900, 5020 Bergen. Tel. 55 55 90 70

E-post: skoleskyss@skyss.nowww.skyss.no

