



## Ansökan om skolskjuts

Högsby kommun  
579 80 Högsby  
010-35 65 000 vx

\* = Obligatorisk uppgift

### Elev

Förnamn*
Efternamn*
Personnummer*

Skola*
Klass*

### Vårdnadshavare

Vid växelvis boende ska båda vårdnadshavarnas personuppgifter anges och vistelseschema bifogas

Förnamn*
Efternamn*
Personnummer*
Telefon (även riktnummer)*

Utdelningsadress*
Postnummer*
Postort*
E-postadress

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnummer)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

### Skolskjuts önskas fr.o.m.

Datum*
--------

### Orsak till ansökan\*

- Elev med funktionsnedsättning/behov av särskilt stöd
- Trafikförhållanden
- Färdvägens längd
- Tillfälligt behov/annan orsak, specificera nedan

Specificera orsaken
---------------------

Högsby kommun

### Övriga upplysningar

### Underskrifter

Datum och vårdnadshavares underskrift\*

Namnförtydligande\*

Datum och vårdnadshavares underskrift (vid växelvis boende)

Namnförtydligande

### Förvaltningens beslut

Beviljas

Avslås

Motivering

Datum och ansvarig handläggares underskrift

Namnförtydligande

Telefon (även riktnummer)

Högsby kommun

**Hantering av personuppgifter:**

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen.

Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen.

För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.