

Ansökan om skolskjuts

Namn på eleven: _____ Personnummer: _____

Telefon hem/mobil: _____ / _____

Åka från: Fullständig adress: _____

Åka till skola/adress: _____

<u>Tider i skolan:</u>	<u>Skolstart</u>	<u>Sluttid</u>
Måndag:	_____	_____
Tisdag:	_____	_____
Onsdag:	_____	_____
Torsdag:	_____	_____
Fredag:	_____	_____

Gäller: Grundskola
 Särskola

Kontaktperson bostad: Namn: _____ Telefonnummer: _____

Ansökan avslagen Se separat beslut

Ansökan godkänd

Datum: _____ Namn: _____

Ansökan skickas till:
KFU
Hörby kommun
242 80 Hörby