



**TIDAHOLMS  
KOMMUN**

## LÄKARUTLÅTANDE avseende skolskjuts pga funktionsnedsättning

Tidaholms kommun  
Trafikansvarig Skolskjuts  
522 83 Tidaholm

### Personuppgifter

Elevens namn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Skolans namn	Årskurs	

### Intyget utfärdat av

Namn	Ev specialkompetens	
Tjänsteställe		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort
Telefon (även riktnummer)	Telefontid	

### Läkarens kännedom om sökanden

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

### Beskriv funktionsnedsättning

Bedömmer du att den sökande inte klarar att ta sig till skolan annat än med personbil?
Ja                                  Nej
Om Nej, varför?
Hur länge bedöms funktionsnedsättning bestå?
Varaktigt, tillsvidare                  Tillfälligt, cirka                  månader

### Namnteckning

Ort och datum	
Läkare, namnteckning	Namnförtydligande