

**LEGEERKLÆRING**

frå lege eller behandlande psykolog/psykiater

Behov for skoleskys grunna funksjonshemming/skade**BRUK BLOKKBOKSTAVAR / SKRIV TYDELEG**

ELEV:		
Etternamn, fornamn		Født
Adresse (evt. namn på stad)	Postnr.	Poststad
SKOLE:		
Skole	Klasse	Kommune
FUNKSJONSHEMMING:		
Diagnose:		
Skildring av funksjonshemming:		
Samferdselsavdelinga sendar legeerklæringar vidare til ei uavhengig legenemnd for vurdering		
TRANSPORTBEHOV:		
<input type="checkbox"/> Buss	frå og med dato	til og med dato:.....
<input type="checkbox"/> Bil/drosje	frå og med dato	til og med dato:.....
<input type="checkbox"/> Spesialbil/-drosje	frå og med dato	til og med dato:.....
Strekning:		
Eleven har behov for transport <input type="checkbox"/> mellom heim og skole <input type="checkbox"/> mellom heim og busshaldeplass		
Varighet:		
Funksjonshemminga er <input type="checkbox"/> midlartidig <input type="checkbox"/> varig. Transportbehovet vil vare i skoleår (maks 5 år)		
Elevens transport:		
Kan gå med følgjeperson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Kan ta buss med følgjeperson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Kan samkøyrast med andre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Må sitte framme i bil/drosje	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Må sitte bak i bil/drosje	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Må ha tilsyn/følgje under transporten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Brukar rullestol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Rullestolen kan leggjast saman: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Dato og stad	Lege/psykolog si underskrift og stempel	Telefonnummer