

## Ansökan om skolskjuts

Elevens för- och efternamn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer och ort

Skola	Läsår
<input type="checkbox"/> Gárasavvon/Karesuando <input type="checkbox"/> Giron/Kiruna <input type="checkbox"/> Váhtjer/Gällivare <input type="checkbox"/> Jáhkámáhkke/Jokkmokk <input type="checkbox"/> Dearna/Tärnaby	<input type="checkbox"/> Hösttermin _____ <input type="checkbox"/> Vårtermin _____

### Sträcka för skolskjuts

--

### Underskrift

Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Ort och datum	Ort och datum

### BESLUT OM SKOLSKJUTS

<input type="checkbox"/> Bifall <input type="checkbox"/> Avslag	Underskrift av beslutande rektor
	Ort och datum
Motivering	