



## 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"/> Jáhkåmåhkke/Jokkmokk <input type="checkbox"/> Dearn/Tärnaby	<input type="checkbox"/> Hösttermin _____ <input type="checkbox"/> Vårtermin _____

### Sträcka för skolskjuts

--

### Sökande

Vårdnadshavare 1	Vårdnadshavare 2
Namn	Namn
E-post	E-post
Telefon	Telefon

### Underskrift

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

**Sameskolstyrelsen**

Sámeskuvlastivra  
Sámeskávllástivrra  
Saemieskuvlestávroe

**BESLUT OM SKOLSKJUTS** Bifall Avslag

Underskrift av beslutande rektor

Motivering