

KULJETUSHAKEMUS

* Esikoulu

* Peruskoulu

Oppilaan nimi	
Koulu	Luokka

1. Kuljetus matkan pituuden perusteella

- Lakisääteinen; koulumatka 5 km tai yli, 0.-9. lk
- Kaupungin myöntämä; koulumatka 3 km tai yli, 0.-2.lk

2. Muu kuljetus

- Koulumatkan vaarallisuus (liitteet)
- Terveydelliset syyt (liitteeksi psykologin /lääkärin lausunto)
- Koulutapaturmasta johtuva kuljetus

3. Saattoavustus / korvausanomus

IBAN-tilinumero (anottaessa saattoavustusta)

- Huoltaja itse kuljettaa oppilasta

Matkan pituus; matkatiedot 0,1 km:n tarkkuudella

Yhdensuuntainen matka	Matka kotoa pysäkillä	Pysäkin nimi
-----------------------	-----------------------	--------------

Aika, jolle kuljetusta / saattoavustusta haetaan:

- Koko lukuvuosi
- Määräajaksi, ajalle _____

Hakemuksen muut perustelut:

Huoltajan nimi
Osoite
Puhelin

Vakuutan antamani tiedot oikeiksi:

____ / ____ 20 ____
Päiväys_____
Huoltajan allekirjoitus**Palauta hakemus osoitteeseen: Nivalan kaupunki, Kirjaamo, PL 10, Kalliontie 15, 85501 Nivala**