

| | |
|--|------------------|
| Läkarens namn | Elevens namn |
| Arbetsplats | Personnummer |
| Telefonnummer | Gatuadress |
| Intyget baseras på personlig kännedom sedan år | Postnummer Ort |

Beskriv elevens funktionsnedsättning, eventuellt med diagnos, och anledning till elevens behov av skolskjuts, t ex att eleven är rullstolsburen. Om eleven har en "osynlig" funktionsnedsättning krävs en utförligare beskrivning av behovet av skolskjuts.

Under vilka omständigheter kan eleven klara kollektiva resor?

| | |
|----------------------|-----|
| Datum | Ort |
| Läkarens underskrift | |