|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kommune:  **Esbjerg Kommune**  **Torvegade 74**  **6700 Esbjerg** | | | | Skolens (stempel): | | | Nuværende uddannelse: |
| Navn: | | | | Cpr. Nr.: | | | Tlf. nr.: |
| Adresse: | | | | Postnr.: | | | By: |
| Email:  Bekræftelsen kommer hurtigere frem hvis der er en email-adresse | | | | | | | |
| **Følgende indtægter kan ikke give godtgørelse:**  Uddannelsesydelse, orlovsydelse, revalideringsydelse, førtidspension, understøttelse, bistandshjælp under alle former, fagforeningsydelse og lignende samt elevløn. | | | | | | | |
| **UDFYLDES AF LÆGEN** | Lægens udtalelse:  Lægen bedes besvare følgende:  **1. Sygdommens art** | | | | | | |
| **2. Kørslens begyndelses- og sluttidspunkt**. Fra d.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Til d. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Både** begyndelses- og sluttidspunkt **skal** udfyldes. | | | | | | |
| **3. Transport-form** | (hvis taxa – bedes oplyst, **om ansøgeren vil blive i stand til at rejse med off. transportmiddel** evt. kombineret med taxa i sygdomsperioden). | | | | | |
| **Bus/tog**: ja: nej: | | | | **Taxa:** ja: nej: | | |
|  | | | | Lægens underskrift/stempel: | | |
| **UDFYLDES AF ELEVEN** |  | | | | | | |
| **Forældrene kan køre**: ja: nej:  (Hvis forældrene selv kan køre, vil de blive afregnet med Statens laveste takst). | | | | | | |
| Dato: | | Underskrift: | | | (for ansøgere under 18 år skal forældre eller værge underskrive). | |
| (Udfyldes af skolen):  Dato: | | | Underskrift: | | |  | |
|  | | | | | | | |

2l_u_graa

Ansøgning om sygetransport

Ansøgningen sendes via ”send sikker mail” på SSP’s hjemmeside.