|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: |  |
|  |



Ansøgning om sygetransport

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