



SURNADAL KOMMUNE

SØKNAD OM SKULESKYSS VED DELT OMSORG

Namn på eleven:

Personnummer: (11 siffer).....

Gateadresse:

(folkeregisteradresse - bopel 1).....

Postnr:

Skule:.....

Klassetrinn:.....

Søknaden gjeld frå dato:.....

Gateadresse – (bopel 2).....

Postnr:.....

Skyssopplegg (fast)

Bopel 1: Partalsveker Oddetalsveker.....

Bopel 2: Partalsveker Oddetalsveker.....

Anna skyssopplegg:

.....

.....

Dato.....

Underskrift føresette.....