



Staffanstorps
kommun

Behov om skolskjuts för grundskolan

Gäller läsår

Elevens uppgifter

Elevens namn	Personnr (xxxxxx-xxxx)
Folkbokföringsadress	Telefonnummer
Postnummer	Ort

Vårdnadshavare 1

Förnamn och efternamn	
Folkbokföringsadress	Telefonnummer
Postnummer	Ort
E-postadress	

Vårdnadshavare 2

Förnamn och efternamn	
Folkbokföringsadress	Telefonnummer
Postnummer	Ort
E-postadress	

Elev har behov av skolskjuts

Elev har inte behov av skolskjuts

Uppgifter om skola/skolskjuts

Skolans namn	Klass
Skolskjuts från (gatuadress)	Skolskjuts från (gatuadress) vid växelvis boende
Skolskjuts till (gatuadress)	Skolskjuts önskas from (datum)

*Jag godkänner att mina personuppgifter behandlas av Staffanstorps kommun i enlighet med
Dataskyddsförordningen*

Underskrift

Namn – vårdnadshavare 1		Namn – vårdnadshavare 2	
Namnförtydligande		Namnförtydligande	
Datum	Ort	Datum	Ort

Ifyllt och undertecknad blankett skickas till:
Staffanstorps kommun
Utbildningskontoret
245 80 Staffanstorp