



Staffanstorps
kommun

Ansökan om skoltaxi

Uppgifter för beställning

| | |
|--|--|
| Datum - skoltaxi önskas från och med (ååmmdd) | Datum – skoltaxi önskas till och med (ååmmdd) |
| Klockslag – när önskas elev hämtas i hemmet | Klockslag – när önskas hämtning av elev i skolan |
| Har elev någon typ av hjälpmedel (rullstol eller annat) Nej Ja, ange vad: | |
| Övrigt som kan vara bra för taxibolaget att veta | |

Elev

| | | |
|-----------------------|------------|------------------------|
| Förnamn och efternamn | | Personnr (xxxxxx-xxxx) |
| Adress | Postnummer | Ort |

Vårdnadshavare

| | |
|---|---------------|
| Vårdnadshavare 1 Förnamn och efternamn | |
| Telefonnummer | Epost |
| Vårdnadshavare 2 Förnamn och efternamn | |
| Telefonnummer | Epost |
| Kontaktperson i hemmet | Telefonnummer |

Skolans uppgifter

| | |
|--|----------------|
| Skola | Skolans adress |
| Tid då elev ska vara på skolan/fritids | |
| Kontaktperson i skolan/assistent | Telefonnummer |