

Einreichtermin: 15.04.

H

An das
Amt für Schul- und Hochschulfürsorge
Andreas-Hofer-Str. 18
39100 B O Z E N

DIREKTION: _____
(Schulstempel)

u.z.K. Amt für Personennahverkehr
Crispistr. 10
39100 B O Z E N

ERFORDERLICHE BEFÖRDERUNGSDIENSTE FÜR KINDER/SCHÜLER/INNEN MIT EINER BEEINTRÄCHTIGUNG

auszufüllen
bei 4 Fahrten

Name des Kindes/ Schülers/ der Schülerin	Ge- wicht [kg]	Transport*		Anschrift (Ortschaft, Straße, Hausnr.)	Abfahrtsort	Abfahrt Morgen	Rückfahrt Mittag	Ankunftsort	Abfahrt Nachmittag	Rückfahrt Abend	besuchte Schule/ Insti- tution
		ohne**	mit **								

Ankreuzen falls notwendig:

Rollstuhl

elektr. Rollstuhl

Hebebühne

(Unterschrift des/der Direktors/in)

* Transport in der Funktionsdiagnose oder im FEP vorgesehen, im Rahmen des IEPs vereinbart

** Begleitperson in der Funktionsdiagnose bzw. im FEP vorgesehen, im IEP im Rahmen des IEPs vereinbart.

N.B.: Falls das Formular nicht VOLLSTÄNDIG ausgefüllt wird, kann es aus technischen Gründen nicht berücksichtigt werden.