**Ansøgning om sygetransport**

Ansøgningen sendes til UngEsbjerg,

ungesbjerg@esbjerg.dk (Sikker mail)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kommune:**Esbjerg Kommune****Torvegade 74****6700 Esbjerg** | Skolens (stempel): | Nuværende uddannelse: |
| Navn: | Cpr. Nr.: | Tlf. nr.: |
| Adresse: | Postnr.: | By: |
| Navn og cpr.nr. på forældre/værge: (for ansøger under 18 år)Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cpr.nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Der kan søges om sygetransport i henhold til: Bekendtgørelse af lov om befordringsrabat til uddannelsessøgende i ungdomsuddannelser m.v., kap. 4, §10. Med henvisning til §2 stk. 1 – lov om de gymnasiale uddannelser. |
| **UDFYLDES AF LÆGEN** | **1. Sygdommens art** |
| **2. Kørselsbehov:** Fra dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ til dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Både** fra dato og til dato 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 stempel: | Lægens underskrift: |
| **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: |  |