

**Per Fax an:** 1.) Landkreis Osnabrück, **Frau Schütte**

**Fax: 0541/501-6-4038**

2.) VLO GmbH, **Frau Ellermann**

**Fax: 05471/9559-610**

## Antrag auf Schülerbeförderung im Freigestellten Schülerverkehr

-Seite 1-

<input type="checkbox"/> <b>Anmeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Abmeldung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Umzug</b>	<input type="checkbox"/> <b>Änderung</b>	Von der Schule auszufüllen!
<b>Schule:</b> _____				
<b>SchülerIn:</b> _____		geb. _____		
<small>Name, Vorname</small>				
_____	_____	_____		
<small>Straße</small>	<small>Wohnort</small>	<small>Ortsteil</small>		
_____	_____	_____		
<small>Klasse/ GE-Bereich</small>	<small>Telefon</small>	<small>Name des Erziehungsberechtigten (nur bei Abweichung vom Schülernamen)</small>		
<b>Beförderung ab:</b> _____		<b>bis:</b> _____		
<small>Datum</small>		<small>Datum</small>		
<b>Unterrichtsbeginn:</b> _____ <b>Uhr</b>				
<b>Unterrichtsende:</b> _____				
<small>Mo                  Di                  Mi                  Do                  Fr</small>				
<b>Begründung der Schule:</b> <input type="checkbox"/> keine ÖPNV-Verbindung vorhanden				
<input type="checkbox"/> siehe Anlage (Seite 3)				
<u>Zusatzinformationen:</u>				
<input type="checkbox"/> Rollstuhl/Rollator mitbefördern		<input type="checkbox"/> im Rollstuhl sitzend befördern		
<input type="checkbox"/> Einzelbeförderung		<input type="checkbox"/> Begleitperson		
<input type="checkbox"/> _____				
_____				
<small>Datum, Unterschrift Schule</small>				

<b><u>Entscheidung durch FD Bildung, Kultur und Sport</u></b>		Vom Landkreis auszufüllen!
<input type="checkbox"/> amtsärztliche Empfehlung erforderlich	<input type="checkbox"/> weitergegeben an FD 8 am _____	
<input type="checkbox"/> _____		
<b>Genehmigung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
_____ _____		

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Landkreis Osnabrück

## Antrag auf Schülerbeförderung im Freigestellten Schülerverkehr -Seite 2-

_____ <b>Name, Vorname des Schülers</b>	_____ <b>Geburtsdatum</b>	_____ <b>Klasse</b>	_____ <b>Schule</b>
_____ <b>Straße</b>	_____ <b>Wohnort</b>	_____ <b>Telefon</b>	

1. Aus welchen Gründen kann mein Kind nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Bus, Bahn) zur Schule fahren?(ggfs. Attest vorlegen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Unter diesen Voraussetzungen wäre der Schulweg für mein Kind mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Erklärungen:

Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Änderungen im Laufe des Schuljahres (z.B. Umzug, veränderte Abholzeiten etc.) durch die Schule mitgeteilt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Notwendigkeit der Sonderbeförderung durch den amtsärztlichen Dienst des Landkreises Osnabrück überprüft wird und ggfs. eine amtsärztliche Untersuchung meines Kindes erfolgt.

4. Mit meiner Unterschrift beantrage ich:

Fahrtkostenerstattung (das entsprechende Formular finden Sie auf der Homepage des Landkreises Osnabrück), da ich mein Kind selbst zur Schule fahren möchte.

Sonderbeförderung zur Schule

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigter

**Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen!**

## Antrag auf Schülerbeförderung im Freigestellten Schülerverkehr -Seite 3-

<u>Name, Vorname des Schülers</u>	<u>Geburtsdatum</u>	<u>Klasse</u>	<u>Schule</u>	
<u>Straße</u>	<u>Wohnort</u>		<u>Telefon</u>	
<b><u>Beurteilungskriterien</u></b>				
<b>Alltagsfähigkeiten</b>	Normal altersgemäß	Leichte Ein- schränkung	situative oder zeitweilige, größere Einschränkung	Stärkere Beeinträchtigung
Verständnis von Regeln und Situationen (- kognitive Entwicklung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Impulsivität (- Verhaltensstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachliche Kommunikationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstvertrauen, Umsicht, Ängste, Unsicherheit (- emotionale Reife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Kompetenz, Zuverlässigkeit, adäquater Umgang mit Konflikten und Irritationen (- Soziale Reife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen, besondere Einschränkungen: _____				
Aus welchen Gründen ist eine Beförderung im ÖPNV nicht möglich?				
_____				
_____				
_____ Datum, Unterschrift Schule				

**Von der Schule auszufüllen!**

<b><u>Empfehlung durch FD Gesundheit</u></b>	
<input type="checkbox"/> keine Sonderbeförderung	<input type="checkbox"/> Sonderbeförderung bis: _____
_____	
_____	
_____ Datum, Unterschrift FD Gesundheit	

**Vom FD Gesundheit auszufüllen!**