

## Anlage 1

| Kat | Schulnummer | SNR |
|-----|-------------|-----|
|     |             |     |

### **Antrag auf individuelle Schülerbeförderung (Fahrdienst) im Schuljahr ...../.....**

Antragsteller/ Sorgeberechtigter:

(bitte genaue Adresse angeben)

Telefon :

Name, Vorname des Kindes :

Geburtsdatum :

Anschrift :

(Wenn abweichend zum Antragsteller)

besuchte Schule :

Klassenstufe / Bildungsgang :

Schulbesuch seit / ab:

Schwerbehindertenausweis (bitte Kopie beifügen)

Nr. : ..... ausgestellt in: ..... Grad der Behinderung: ..... %

Merkzeichen : ..... gültig ab : ..... gültig bis : .....

Worin sehen Sie die Notwendigkeit für die individuelle Beförderung Ihres Kindes?

1. schwerwiegende gesundheitliche Gründe (ggf. Attest beifügen) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. charakterlich-persönliche oder andere Gründe : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Mit einer Befundanforderung bei Haus- bzw. Facharzt durch den schulärztlichen Dienst bin ich einverstanden:

☐

Ja

☐

Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

Worin sieht die Schule die Notwendigkeit für die individuelle Beförderung des Kindes?  
(Charakterlich-persönliche Gründe unter Berücksichtigung pädagogischer Aspekte)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

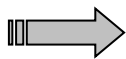
.....

.....

.....  
Datum

.....  
Schulstempel

.....  
Unterschrift Klassen- od. Schulleiter



Nach Bearbeitung durch die Schule - Weitergabe der kompletten Unterlagen an den  
Fachdienst Schulen beim Landratsamt Schmalkalden-Meiningen

#### Stellungnahme des schulärztlichen Dienstes

Aus schulärztlicher Sicht ist der Schüler / die Schülerin aufgrund gesundheitlicher Besonderheiten / Behinderungen nicht<sup>1)</sup> in der Lage, den Schulweg zu Fuß<sup>1)</sup> / mit öffentlichen Verkehrsmitteln<sup>1)</sup> zu bewältigen.

1) – Nichtzutreffendes bitte streichen

Die Notwendigkeit der individuellen Schülerbeförderung wird attestiert:

☐

☐ für die Dauer des Schuljahres ...../.....

☐ für die Dauer des Schulhalbjahres I ...../..... II ...../.....

☐ bis zum .....

unbefristet

☐☐

Begleitperson erforderlich :

**Ja**

**Nein**

Besondere Hinweise: .....

.....

.....  
Datum

.....  
Stempel

.....  
Unterschrift der Schulärztin

#### Abschließende Entscheidung des Schulträgers

Die Beförderung wird anerkannt: ☐ **Ja** ☐ **Nein**

ab: ..... beauftragter Fahrdienst : .....

Bemerkungen : .....

.....  
Datum

.....  
Stempel

.....  
Unterschrift des Sachbearbeiters