

Bestätigung des Arztes

☐ Erstbescheinigung

☐ Folgeattest

Hiermit bestätige ich, dass der/die Schüler/in

Name:	
Vorname:	

in der Zeit vom _____/20_____ bis voraussichtlich _____/20_____
individuell zur Schule befördert werden muss.

Mobilität und Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Der/die Schüler/in ist in der Lage den Fußweg zur Schule selbstständig zu bewältigen.

☐ Ja

☐ Nein

Der/die Schüler/in ist in der Lage öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen.

☐ Ja

☐ Nein

Der/die Schüler/in ist auf eine individuelle Beförderung mit dem Taxi angewiesen.

☐ Ja

☐ Nein

Der/die Schüler/in ist in der Zeit auf

☐ Gehhilfen

☐ einen Rollstuhl (faltbar)

☐ einen Rollstuhl (nicht faltbar) angewiesen.

Bei psychischen oder psychosomatischen Ursachen muss eine fachärztliche Bestätigung (z.B. durch Kinder- und Jugendpsychiater/in, Psychotherapeut/in oder entsprechenden Facharzt/Fachärztin) beigelegt werden.

Sonstige Besonderheiten, die bei der Beförderung zu beachten sind:

<hr/> Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes
