

# 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) beigefügt werden.**

Sonstige Besonderheiten, die bei der Beförderung zu beachten sind:

---

---

---

---

---

---

Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes