

**Tilmelding** til hold hvor der ønskes befordring.  
**SKAL UDFYLDES**

Udfyld venligst nedenstående samt befordringskemaet  
på næste side og send det til

Suka, Frødings alle 8,1. 2860 Søborg

**BEFORDRING - BETALING**

Suka fremsender befordringskemaet til deltagerens betalingskommune med  
anmodning om betalingstilsagn.

Hvis kommunen giver afslag, vil vi gerne på forhånd have tilsagn fra  
deltageren/personale/værge om deltageren evt. selv vil betale for kørslen.

Se under pkt. befordring om muligt tilskud fra ministeriet i programmet eller  
på [www.suka.dk](http://www.suka.dk)

I tilfælde af at kommunen giver afslag, vil deltageren selv betale

Nej                       ja                       vil gerne kontaktes for at høre nærmere

Elevnavn \_\_\_\_\_

Hold nr. \_\_\_\_\_

Kontaktperson \_\_\_\_\_ tlf. \_\_\_\_\_

( med blokbogstaver )

# BEFORDRINGSSKEMA

Anmodning om befordring til undervisning i SUKA –HUSK både for og bagside skal udfyldes

Befordringen kan kun iværksættes i de tilfælde, hvor eleven absolut ikke kan befordre sig selv, og hvor det ikke er muligt at stille en person til rådighed for at følge eleven til og fra undervisningsstedet.

!! Udfyldes med SORT p.g.a.kopiering!! Kun ét navn samt ét hold pr.skema !!

Navn: \_\_\_\_\_ Fød.dato. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Post nr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

E-mail (hvis elev bor på bosted bedes om kontorets e-mailadresse): \_\_\_\_\_

TELEFONNUMMER hvor chaufføren kan ringe hver gang inden afhentning: \_\_\_\_\_

Handlekommune: \_\_\_\_\_ Betalingskommune: \_\_\_\_\_

Evt.kontaktperson \_\_\_\_\_ Tlf. \_\_\_\_\_

Fag: \_\_\_\_\_ Holdnr.

Ugedag: \_\_\_\_\_ Fra kl. \_\_\_\_\_ Til kl. \_\_\_\_\_

Afhentes fra hjemadresse  sæt kryds  
eller anden udførlig adresse \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Undervisningssted: \_\_\_\_\_

Hjemkørsel til hjemadresse  sæt kryds  
eller anden udførlig adresse \_\_\_\_\_ Tlf \_\_\_\_\_

Begrundelse for anmodningen -**skal udfyldes**: \_\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> kan gå ved egen hjælp                       | <input type="checkbox"/> bruger rollator      | <input type="checkbox"/> skal have støtte                  |
| <input type="checkbox"/> sidder i manuel kørestol                    | <input type="checkbox"/> sidder i el kørestol | <input type="checkbox"/> sidder i sammenklappelig kørestol |
| <input type="checkbox"/> sukkersyge                                  | <input type="checkbox"/> hjertesygdomme       |  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi samt forholdsregler v/anfald _____ |   |  |

Andet (evt. ledsager) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anmoders underskrift

## Skal udfyldes

Det bekræftes, at ovennævnte er ude af stand til at befordre sig selv.

## **Stempel:**

\_\_\_\_\_  
Sagkyndig persons underskrift  
samt relation til elev  
(læge, soc.rådgiver, inst.leder)

\*\*\*\*\* Nedenstående udfyldes af SUKA's kontor \*\*\*\*\*

Modtaget i SUKA den: \_\_\_\_\_

Af: \_\_\_\_\_

Start dato: \_\_\_\_\_

Antal undervisningsgange: \_\_\_\_\_

Fremsendt til kommunen: \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

Godkendt: \_\_\_\_\_