|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Fragen an:** Frau Wirtz |
|  |  | Tel.: 04522 / 743-420 |
|  |  | Fax: 04522 / 743-492 |
|  |  | christine.wirtz@kreis-ploen.de |
|  |  | Haus C, Zimmer 252 |
|  |
| Kreis PlönDer LandratAmt für Schule und KulturHamburger Straße 17/1824306 Plön |
|  |
| **Antrag auf eine Sonderbeförderung in der Schülerbeförderung** |
|  |
| Name Antragsteller/in: |       |
| Anschrift Antragsteller/in: |       |
| Telefon: |       | E-Mail: |       |
|  |
| Name der Schülerin/des Schülers: |       | Alter u. Größe: |       |
| Anschrift der Schülerin/des Schülers: |       |
| Schule: |       | Klasse: |       |
| Schulort: |       | Die Schule wird besucht seit: |       |
|  |
| [ ]  | Ich/Wir bitte eine andere Fahrmöglichkeit für die Schülerbeförderung meines/unseres Kindes gemäß des Schulgesetzes Schleswig-Holstein und der Schülerbeförderungssatzung des Kreises Plön zu organisieren. |
|  |  |
|  | Mein/Unser Kind ist nicht fähig, den Schulweg mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu bewältigen, weil |
|  |       |
|  |  |
| Bei der Beförderung meines/unseres Kindes ist folgendes zu beachten:  | Ja | Nein |
| 1) | Mein/Unser Kind ist schwerbehindert. (Eine Kopie des Ausweises liegt bei.) | [ ]  | [ ]  |
| 2) | Es benötigt ein Hilfsmittel (wie z.B. einen Rollstuhl, eine Karre, etc.) | [ ]  | [ ]  |
| 3) | Folgendes Hilfsmittel hat mein/unser Kind: |       |  |
|  | Höhe: |       | Breite: |       | Tiefe: |       |  |
| 4) | Das Hilfsmittel muss mitbefördert werden.  | [ ]  | [ ]  |
| 5) | Mein/Unser Kind muss im Hilfsmittel (Rollstuhl) transportiert werden. | [ ]  | [ ]  |
| 6) | Mein/Unser Kind muss für die Beförderung umgesetzt werden. | [ ]  | [ ]  |
| 7) | Eine Begleitperson muss mitbefördert werden. | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beim zu befördernden Rollstuhl ist folgendes zu beachten: | Ja | Nein |
| a) | Der zu befördernde Rollstuhl entspricht der DIN EN 12183 und DIN EN 12184 | [ ]  | [ ]  |
| b) | Ein Festigkeitsnachweis gemäß ISO 7176-19 liegt vor (Eine Kopie ist beigefügt). | [ ]  | [ ]  |
|  |  |  |  |
| *Hinweis: Generell dürfen Rollstühle nur in Fahrzeugen befördert werden, wenn sie einen 20 G dynamischen Crash-Test gemäß ISO 7176-19 erfolgreich bestanden haben. Diese positiv getesteten Rollstühle erhalten eine entsprechende Kennzeichnung.* |
|  |
| Sonstige Hinweise bezüglich der Beförderung meines/unseres Kindes: |
|       |
|  |
| **Erklärung:** |  |
| Ich/Wir erkläre/n, dass der/die oben genannte Schüler/in mit Hauptwohnsitz unter der oben genannten Adresse gemeldet ist. Ferner verpflichte/n ich/wir mich/uns, Sie über jede Änderung bezogen auf den Schulbesuch, Schulwechsel, Schulabgang, Wohnungswechsel und Namenswechsel zu informieren. Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass ein amtsärztliches Gutachten durch das Gesundheitsamt des Kreises Plön erstellt wird, welches Überprüfen soll, ob mein/unser Kind tatsächlich nicht in der Lage ist, den Schulweg mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu bewältigen. Die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen. |
|  |
|  |  | Der Schulbesuch wird bestätigt durch |
| Ort, Datum und UnterschriftAntragsteller/in(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten) |  | Schulstempel und Unterschrift |