

## 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.

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.

Sonstige Besonderheiten, die bei der Beförderung zu beachten sind:

<hr/> Unterschrift und Stempel des Arztes
--