

Formular HP1
Notwendigkeit einer Begleitperson für HP-Transporte
 Ärztliche Bestätigung



dient zur Vorlage bei

Bildungsdirektion OÖ.

Referat Präs 3 c
 Assistenzen

Bahnhofplatz 1
 4021 Linz

Zutreffendes ankreuzen!

Hinweis: gefördert werden Transporte von Kindern mit Beeinträchtigungen in Heilpädagogische Kindergarten- und Hortgruppen sowie Integrationsgruppen in Regelhorten

zu beförderndes Kind

Name	Familienname/Nachname _____ Vorname _____
Geburtsdatum	_____
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____
Art der Beeinträchtigung	_____

Einrichtung

Name	_____
Anschrift	PLZ _____ Ort _____ Straße _____ Nr. _____

Bestätigung (vom Arzt auszufüllen)

behandelnder Arzt, Facharzt oder Amtsarzt: _____

Es wird bestätigt, dass für das zu befördernde Kind auf Grund der angeführten körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung unbedingt die Anwesenheit einer Begleitperson im Bus erforderlich ist.

Die Beeinträchtigung ist eine dauernde
 vorübergehende, bis voraussichtlich _____

Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Ich stimme hiermit der automationsunterstützten Verarbeitung meiner Daten und dem automationsunterstützten Datenverkehr im Sinne der Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, i.d.g.F. zu.

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: <http://www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz>