

# Notwendigkeit einer Begleitperson für Menschen mit Beeinträchtigung

## Ärztliche Bestätigung

dient zur Vorlage beim

### Amt der OÖ Landesregierung

Bahnhofplatz 1  
4021 Linz



**Zutreffendes ankreuzen:**



Transporte von Kindern mit Beeinträchtigung in Heilpädagogische Kindergarten- und Hortgruppen sowie Integrationsgruppen in Regelhorten



Transporte von SchülerInnen mit Beeinträchtigung

### zu beförderndes Kind

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

### Kinderbetreuungseinrichtung/Schule

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

### Bestätigung (vom Arzt auszufüllen)

behandelnder Hausarzt, 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>