
ausfertigende Stelle

Bestätigung vom Schularzt, vom behandelnden Facharzt (nicht Hausarzt) oder von einem inländischen Krankenhaus (Universitätsklinik)

Betreff: **Ärztliche Bestätigung
über die Notwendigkeit der Beförderung
von Schülern (Behindertentransport)**

An das

Finanzamt Österreich
Dienststelle Sonderzuständigkeiten
Freifahrten/Schulbücher - Team

Name des/der Schülers/in:

geb. am:

wohnhafte in:

Schulart und Schulort:

Art der körperlichen Behinderung (genaue Beschreibung in deutscher Sprache):

Es wird bestätigt, dass der/die Schüler/in auf Grund der oben dargestellten körperlichen oder geistigen Behinderung nicht in der Lage ist, den Schulweg (bzw. Teile des Schulweges) ohne fremde Hilfe zurückzulegen. Die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels ist deshalb nicht möglich.

Die Behinderung ist eine dauernde
 vorübergehende, bis voraussichtlich

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Angaben der Eltern:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Für das Kind wird erhöhte Familienbeihilfe bezogen.

Für das Kind wird **KEINE** erhöhte Familienbeihilfe bezogen.

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass die auf diesem Schriftstück bekanntgegebenen personenbezogenen Daten elektronisch erfasst und nur im Zusammenhang mit Schülerfreifahrten im Gelegenheitsverkehr verwendet werden. Nähere Informationen zum Datenschutz finden sie auf der Website des BMF unter <https://www.bmf.gv.at/services/datenschutz.html>

Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten