

**Formular HP1**  
**Notwendigkeit einer Begleitperson für HP-Transporte**  
 Ärztliche Bestätigung

 **Bildungsdirektion**  
 Oberösterreich



dient zur Vorlage bei

**Bildungsdirektion OÖ.**

Referat Präs 3 c  
 Assistenzen

Sonnensteinstraße 20  
 4040 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>