



## SØKNADSSKJEMA LEDSAGERBEVIS

NAVN:			
ADRESSE:			
E-POST:			
POSTNUMMER:		POSTSTED:	
TELEFON:		FØDSELSDATO:	

**Kryss av for type søknad:**

Ny søker       Fornyelse av tidligere ledsagebevis

TYPE FUNKSJONSHEMMING:

BEGRUNNELSE FOR SØKNAD OM LEDSAGERBEVIS:

STED:		DATO:	
UNDERSKRIFT:			

**LEGG VED:** - Et bilde i passfotostørrelse  
- Bekreftelse på behov for ledsagerbevis fra fastlege/spesialist eller annet helsepersonell

**Søknad sendes til:**

Lørenskog kommune, Kultur, PB 304, 1471 Lørenskog