



## SØKNADSSKJEMA LEDSAGERBEVIS

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

TYPE FUNKSJONSHEMMING:

BEGRUNNELSE FOR SØKNAD OM LEDSAGERBEVIS:

|              |  |       |  |
|--------------|--|-------|--|
| STED:        |  | DATO: |  |
| UNDERSKRIFT: |  |       |  |

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

**Søknad sendes til:**

Lørenskog kommune, Kultur  
PB 304  
1471 Lørenskog