



Sogndal  
kommune

## SØKNADSSKJEMA FOR FØLGJEKORT

Namn :

Adresse :

Postnr :

Poststad :

Fødselsdato :

Telefon priv :

Skule/arbeid :

TYPE FUNKSJONSHEMMING :

ARGUMENTASJON FOR SØKNAD OM FØLGJEKORT :

.....den .....

.....  
Søkjar si underskrift

.....  
Evt. føresette/hjelpeverge si underskrift

Vedlegg: eit passfoto, samt stadfesting frå primærlege/spesialist.

Sendast til :

Adr. Sogndal kommune  
Sektor for helse og omsorg  
Postboks 243  
6852 Sogndal Kommune

Mrk. "Følgjekort".

Send skjemaet til:  
Sogndal kommune  
Pb 153  
6851 SOGNDAL

Tlf: 57 62 96 00  
Faks: 57 62 96 01  
E-post: postmottak@sogndal.kommune.no



Sogndal  
kommune

## LEGEATTEST

### FØLGJEKORT FOR FUNKSJONSHEMMA

NAMN :

ADRESSE :

POSTNR. OG –STAD:

FØDSELSDATO :

TELEFON PRIV :

ARBEID :

Diagnose :

Kvifor treng søkjar følgjekort :

Dato :

-----

Lege

Søknad sendast til :  
Sektor for helse- og omsorg  
Sosialavdelinga  
Postboks 243

6852 SOGNDAL

Send skjemaet til:  
Sogndal kommune  
Pb 153  
6851 SOGNDAL

Tlf: 57 62 96 00  
Faks: 57 62 96 01  
E-post: [postmottak@sogndal.kommune.no](mailto:postmottak@sogndal.kommune.no)



*Sogndal  
kommune*

Send skjemaet til:  
Sogndal kommune  
Pb 153  
6851 SOGNDAL

Tlf: 57 62 96 00  
Faks: 57 62 96 01  
E-post: [postmottak@sogndal.kommune.no](mailto:postmottak@sogndal.kommune.no)

