……, ……
(miejscowość) (data)

……
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……
(adres zamieszkania)

……

……
(telefon kontaktowy)

WÓJT GMINY KOBIERZYCE

W N I O S E K
w sprawie zwrotu kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły/placówki

Zwracam się z prośbą o zwrot kosztów dowozu mojego dziecka ……
(imię i nazwisko)

do placówki ……

……
(nazwa, adres)

w roku szkolnym ……/…… w okresie od …… do ……

samochodem marki ……. o pojemności……

Trasa przejazdu z ……
(adres zamieszkania)

do ……
(adres placówki)

wynosi …… km.

Proszę o zwrot kosztów na numer rachunku bankowego:

Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

a) wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe,

b) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z organizacją dowozu uczniów do szkół i przedszkoli w roku szkolnym 2018/2019, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (tekst jednolity - Dz. U. z 2016r. poz. 922 ze zm.)

……
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

- ☐ Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka.
- ☐ Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.
- ☐ Zaświadczenie z placówki o realizacji obowiązku szkolnego/nauki.
- ☐ Kserokopia dowodu osobistego.
- ☐ Kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu.