

.....  
Miejscowość, data

.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon

**Wniosek  
o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, szkoły  
lub ośrodka**

Proszę o powierzenie mi transportu i opieki nad dzieckiem/ucznem niepełnosprawnym oraz zwrot kosztów dowozu do przedszkola/szkoły/ośrodka

.....  
(imię i nazwisko dziecka)  
zamieszkałego w ..... przy ul. ....  
uczęszczającego do kl..... w .....

.....  
(nazwa i adres szkoły)

Najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka wynosi ..... km.

Dziecko dowożone będzie przez rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego

.....  
(imię i nazwisko)  
legitymującego się dowodem osobistym numer: .....  
zamieszkałego w ..... przy ul. ....  
samochodem – marka .....  
o pojemności silnika ..... i numerze rejestracyjnym .....  
nr polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC) .....  
inne dokumenty .....

Nr rachunku bankowego

.....  
(Podpis wnioskodawcy)

Opinia dyrektora szkoły, do której uczęszcza uczeń: .....

.....  
(Data i podpis dyrektora)

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
2. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

Burmistrz Miasta i Gminy  
/-/ Jacek Nowak