

_____, dnia _____ 20____ r.

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

(numer telefonu kontaktowego)

Wójt Gminy Skrwilno

WNIOSEK
w sprawie dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego
do przedszkola/szkoły/ośrodka

Proszę o zwrot kosztów dowozu dziecka **prywatnym samochodem osobowym na trasie:**

- miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce zamieszkania i z powrotem - _____ km dziennie,
- miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce pracy i z powrotem¹ - _____ km dziennie

I. Dane dziecka:

Imię i nazwisko: _____

Data i miejsce urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

Pełna nazwa oraz adres przedszkola/szkoły/ośrodka, do której dziecko uczęszcza lub będzie uczęszczało: _____

Klasa: _____

Rok szkolny 20__ / __

II. Dane o miejscu pracy rodzica²

Adres miejsca pracy opiekuna: _____

III. Dokumenty dołączone do wniosku:

1. Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka.
2. Skierowanie dziecka do kształcenia specjalnego w danym przedszkolu/szkole/ośrodku lub jeśli nie posiada skierowania - zaświadczenie potwierdzające przyjęcie/uczęszczenie dziecka do przedszkola/szkoły/ośrodka.
3. Ksero dowodu rejestracyjnego pojazdu.
4. Numer rachunku bankowego wnioskodawcy.

IV. Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że:

- 1) wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą,
- 2) przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, że podane we wniosku informacje mogą być kontrolowane.

(podpis wnioskodawcy)

1. Odpowiednie podkreślić.

2. W przypadku, gdy rodzic łączy dowóz dziecka z dojazdem do pracy.