………………………………………………………. ……………………………………….

/imię i nazwisko rodzica/opiekuna /miejscowość, data/

……………………………………………………..

/adres zamieszkania/

……………………………………………………..

/telefon kontaktowy/

 **WÓJT GMINY CZUDEC**

 **W N I O S E K**

Zwracam się z prośbą o zapewnienie dowozu dla mojego niepełnosprawnego dziecka do szkoły/ośrodka/przedszkola w roku szkolnym …………………………………

1. Imię i nazwisko dziecka: ………………………………………………………………………………………….
2. Data urodzenia dziecka: ………………………………………………………………………………………….
3. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna ……………………………………………………………………………
4. Nazwa i adres szkoły/ośrodka do której będzie uczęszczało dziecko

…………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Klasa …………………
2. Odległość z domu do szkoły wynosi ………………… km

Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego / orzeczenie o potrzebie grupowych zajęć rewalidacyjno – wychowawczych wydane na czas …………………………………………………………………..

z uwagi na …………………………………………………………………………………………………………………………………………

 /rodzaj niepełnosprawności/

 ………………………………………….

 /podpis rodzica, opiekuna/