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

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

……………………………………………………..

/adres zamieszkania/

……………………………………………………..

/telefon kontaktowy/

 **WÓJT GMINY CZUDEC**

 **W N I O S E K**

Rodzica, opiekuna o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do szkoły/placówki oświatowej w roku szkolnym ……………………………..

Wnioskuję o zwrot kosztów czterech przejazdów dziennie do szkoły/ośrodka mojego dziecka prywatnym samochodem 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. Ilość kilometrów 4 przejazdów dziennie ……………………………. km
3. Nazwa i numer konta bankowego ………………………………………………………………………….

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

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/