



**Wójt Gminy Zbiczno
87-305 Zbiczno**

W N I O S E K
**w sprawie dowozu ucznia niepełnosprawnego
do szkoły, ośrodka lub przedszkola**

Występuję z wnioskiem o*:

- a) zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego do szkoły/ośrodka środkami komunikacji publicznej,
- b) zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły/przedszkola/ośrodka środkami komunikacji publicznej,
- c) zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły/przedszkola/ośrodka własnym pojazdem.

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Nazwisko i imię ucznia:

.....

2. Data i miejsce urodzenia ucznia:

.....

3. Adres zamieszkania ucznia (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość):

.....

4. Dokładna nazwa i adres szkoły/przedszkola/ośrodka do której będzie uczęszczał uczeń :

.....

5. Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego, numer dowodu tożsamości:

.....

6. Adres zamieszkania rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego:

.....

7. Okres dowożenia do szkoły/przedszkola/ośrodka:

od do

8. Uczeń będzie dowożony przez rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego (imię i nazwisko):

a) następującymi środkami komunikacji publicznej
.....
na trasie

b), legitymującego się dowodem osobistym
będącego właścicielem samochodu - marka, o pojemności silnika

