

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr rachunku bankowego

**Wójt
Gminy Kochanowice**

Wniosek

Proszę o zwrot kosztów przejazdu niepełnosprawnego dziecka, ucznia i młodzieży lub dziecka, ucznia i młodzieży objętej kształceniem specjalnym*

..... (imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)
zamieszkałego w przy ul.

oraz jego opiekuna do
(nazwa i adres szkoły)

Uczeń dowożony będzie środkami komunikacji publicznej pod opieką rodzica /opiekuna/
opiekuna prawnego*

..... (imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)
zamieszkałego w ul.

Jednocześnie informuję, że odległość z miejsca zamieszkania do szkoły i z powrotem wynosi
..... km.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Aktualne zaświadczenie ze szkoły poświadczające, że dziecko jest uczniem tej szkoły.
2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.

* niepotrzebne skreślić