

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres)

.....
(telefon kontaktowy)

WNIOSEK

o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i opiekuna z miejsca zamieszkania do przedszkola, szkoły lub ośrodka umożliwiającego realizację rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i obowiązku nauki w przypadku zapewnienia dowozu i opieki przez rodziców (opiekunów prawnych) lub opiekunów wyznaczonych przez rodziców.

Występuję z wnioskiem o:

- 1) zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego i opiekuna prywatnym samochodem osobowym;
- 2) zwrotu kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego i opiekuna środkami komunikacji publicznej;*

*niewłaściwe skreślić

Murowana Goślina, dnia
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

DANE NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA WNIOSKU

Imię i nazwisko ucznia	
Data i miejsce urodzenia ucznia	
Adres zamieszkania ucznia	
Nazwa i adres przedszkola, szkoły lub ośrodka do którego uczęszcza uczeń	
Okres dowożenia ucznia (od ... do)	
Najkrótsza odległość od miejsca zamieszkania do przedszkola, szkoły lub ośrodka (w km)	
Wypełnia wnioskodawca, który wnioskuje o zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego prywatnym samochodem osobowym	
Marka, model	
Numer rejestracyjny	
Pojemność skokowa	
Średnie zużycie paliwa na 100 km	
Numer dowodu rejestracyjnego	
Numer polisy ubezpieczeniowej OC, NW	
Imię i nazwisko rodzica, opiekuna, prawnego opiekuna, który będzie dowoził ucznia	
Uprawnienia kierowcy	

Murowana Goślina, dnia
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)