Dane wnioskodawcy …………………………………….

………………………………………………..

………………………………………………..

………………………………………………..

Nr tel…………………………………………

 Urząd Gminy Staroźreby

 ul. Płocka 18

 09-440 Staroźreby

**Wniosek o dowóz niepełnosprawnego dziecka do szkoły/innej placówki oświatowej**

Zwracam się z prośbą o zapewnienie dziecku …………………………………………………….

 (Imię i nazwisko dziecka)

ur. …………………………………………… dowozu do szkoły/przedszkola

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

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

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

 (Nazwa i adres placówki)

W roku szkolnym ………………………………………………………………………………………

Dowóz będzie się odbywał z miejsca zamieszkania do: .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W okresie od ……………………………………………do …………………………………………..

 …………………………………………….

 (Podpis rodzica/prawnego opiekuna)

***Załączniki:***

*1. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (kserokopia).*