

Orzysz, dnia.....

.....
(imiona i nazwiska rodziców)

.....
(adres zamieszkania rodziców)

Wniosek o zwrot kosztów przejazdu* dziecka i jego opiekuna do przedszkola/szkoły/ośrodka*

Zwracam/y się z prośbą o zapewnienie mojemu (naszemu) dziecku

.....
(imię i nazwisko dziecka)

ur. zam.....

.....
(data urodzenia) (adres zamieszkania dziecka)

zwrotu kosztów przejazdu * do przedszkola/szkoły/ośrodka*

.....
(nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka*)

I. Dane rodziców dziecka

.....
(imiona i nazwiska rodziców, adres zamieszkania, tel. kontaktowy)

II. Dodatkowe informacje o dziecku**

.....
(informacja dotycząca rodzaju niepełnosprawności dziecka - czy dziecko porusza się na wózku, czy samodzielnie, dodatkowe informacje o potrzebach i zachowaniach dziecka, niezbędne podczas korzystania z dowozu zbiorowego uczniów niepełnosprawnych)

III. Dane dotyczące dowożenia i opieki przez rodzica.**

1. Oświadczam/y, że dziecko będzie dowożone
(rodzaj środka transportu) pod opieką rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego*

.....
(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania)

2. Oświadczam/y, że jestem/jesteśmy właścicielem/współwłaścicielem* samochodu osobowego

.....
(marka, pojemność, numer rejestracyjny)

.....
(numery polis ubezpieczeniowych OC, NW i transportu dziecka niepełnosprawnego)

.....
PODPISY