

....., dnia.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

**WNIOSEK
O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU DZIECKA/UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO
DO PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/OŚRODKA**

Wnioskuje o*:

- a) zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i jego rodzica/opiekuna/ opiekuna prawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka środkami komunikacji publicznej**
- b) zwrot kosztów dojazdu dziecka/ ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka prywatnym samochodem**

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Imię i nazwisko dziecka/ucznia

2. Data i miejsce urodzenia

3. Adres zamieszkania dziecka/ucznia.....

4. Dokładny adres przedszkola / szkoły/ ośrodka, do którego będzie uczęszczało dziecko/ uczeń:

.....

5. Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna / opiekuna prawnego, numer dowodu tożsamości:

.....

6. Adres zamieszkania rodzica/ opiekuna/ opiekuna prawnego

.....

7. Okres dowożenia dziecka/ ucznia do przedszkola/ szkoły/ ośrodka

od..... do

(data rozpoczęcia dowozu)

(data zakończenia roku szkolnego)

8. Dziecko/ uczeń dowożony będzie do przedszkola /szkoły/ ośrodka:

a) środek komunikacji publicznej:.....

- b) prywatnym samochodem osobowym – marka.....
o numerze rejestracyjnym i pojemności silnika.....
- c) informuję, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do przedszkola/ szkoły/ ośrodka
wynosi: km.

Oświadczenie wnioskodawcy:

1. Oświadczam, że informacje zawarte w złożonym wniosku są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, dla celów związanych z organizacją dowozu uczniów do szkół i ośrodków, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. poz. 1000)

.....
(data, czytelny podpis)

*** odpowiednie podkreślić**

Załączniki:

1. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności,
2. Aktualne orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego,
3. Potwierdzenie przyjęcia dziecka lub ucznia do przedszkola /szkoły/ ośrodka.

Błaszki dnia:

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie przepisów art. 7 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r., wyrażam dobrowolnie zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych przez Urząd Miejski w Błaszkiach reprezentowany przez Burmistrza Błaszek, w celu zawarcia umowy na dowóz dziecka niepełnosprawnego do placówki oświatowej.

.....
(czytelny podpis)