

.....  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....  
adres zameldowania/zamieszkania

.....  
telefon kontaktowy

## Wójt Gminy Ostrowice

### Wniosek

Proszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko dziecka)

\_\_\_\_\_  
(data urodzenia)

zamieszkałego w \_\_\_\_\_

oraz jego opiekuna do \_\_\_\_\_

(nazwa i adres szkoły)

Uczeń dowożony będzie pod opieką rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)

zamieszkałego w \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( Podpis wnioskodawcy)

*W załączeniu:*

1. Orzeczenie o niepełnosprawności
2. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
3. Zaświadczenie z właściwej placówki.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z wydaniem zaświadczenia zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101. poz. 926 z późn. zm.).*

\_\_\_\_\_  
( Podpis wnioskodawcy)