

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego

.....
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)