

..... dnia .....

.....  
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....  
adres wnioskodawcy

.....  
nr PESEL

.....  
nr telefonu

## WÓJT GMINY EŁK

### Wniosek o zwrot kosztów przewozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego

Proszę o zwrot kosztów przewozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna

.....  
( imię i nazwisko ucznia, klasa ) (data urodzenia)

zamieszkałego.....  
( miejscowość, ulica, nr domu )

do .....

( nazwa i adres szkoły, klasa)

w okresie od ..... do .....

Uczeń dowożony będzie pod opieką rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego\*

.....  
( imię i nazwisko nr dowodu osobistego )

zamieszkałego .....

( miejscowość, ulica, nr domu )

własnym środkiem transportu tj. samochodem osobowym marki .....

o numerze rejestracyjnym ..... i pojemności silnika .....

Informuję, że:

a – liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, szkoły podstawowej albo szkoły ponadpodstawowej, a także przewozu rodzica, opiekuna, opiekuna prawnego z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy, i z powrotem wynosi ..... km,

b – liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania rodzica, opiekuna, opiekuna prawnego do miejsca pracy i z powrotem, jeżeli nie wykonywałby przewozu, o którym mowa w lit. a, wynosi ..... km.

Załączniki:

1. Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
2. Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego.
3. Potwierdzenie przyjęcia dziecka/ucznia do przedszkola, szkoły lub ośrodka specjalnego, wydane przez dyrektora placówki lub osobę upoważnioną.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(podpis rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego)