

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr 82/2020
Wójta Gminy Banie Mazurskie
z dnia 24.09.2020 r.

.....
(adres wnioskodawcy)

....., dnia.....
(miejscowość, data)

.....
(nr telefonu)

WNIOSEK
O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO
Wnioskuję o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do szkoły,
przedszkola lub ośrodka w roku szkolnym

- 1) własnym środkiem transportu*
- 2) środkami komunikacji publicznej*

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Nazwisko i imię dziecka:

2. Data i miejsce urodzenia:

3. Adres zamieszkania dziecka:

4. Dokładna nazwa i adres placówki, do której będzie uczęszczało dziecko:

.....
5. Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego, numer dowodu tożsamości:

.....
6. Adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego:

.....
7. Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego (w przypadku wskazania adresu należy wypełnić załącznik nr 2 do Zarządzenia)

8. Okres dowożenia do szkoły lub ośrodka: od do
(data rozpoczęcia dowozu) (data zakończenia roku szkolnego)

9. Środek komunikacji publicznej ¹:

10. Zwrot kosztów proszę przekazywać na konto:

