

Krośniewice, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres wnioskodawcy)

.....
(nr telefonu)

Urząd Miejski w Krośniewicach

Wniosek
o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego

Proszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia
(imię i nazwisko ucznia)

z miejsca zamieszkania tj
(ulica, miejscowość)

do
(nazwa i adres szkoły)

w okresie od do

Informuję, że odległość z miejsca zamieszkania do szkoły wynosi km.

Jednocześnie oświadczam, iż dowóz zapewnię własnym środkiem transportu tj.;

Samochód marki.....

Rodzaj paliwa

Pojemność

Załączniki:

1. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
2. orzeczenie o niepełnosprawności,
3. skierowanie do placówki lub zaświadczenie dyrektora placówki.

.....
Podpis rodzica/opiekuna