

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)
.....
.....
(adres wnioskodawcy)
.....
(nr telefonu)

Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr 735/VIII/2020
Burmistrza Gołdapi z dnia 18 sierpnia 2020 r.

....., dnia.....
(miejsowość, data)

**WNIOSEK
O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU UCZNIĄ NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

**Wnioskuje 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:

