

|                                   |
|-----------------------------------|
| (imię i nazwisko wnioskodawcy)    |
| (adres zamieszkania wnioskodawcy) |
| (telefon kontaktowy)              |
| (adres e-mail)                    |

**Dyrektor  
Zespołu Obsługi  
Placówek Oświatowych  
ul. Księdza Zygmunta Sajny 4  
05-530 Góra Kalwaria**

## W N I O S E K

### w sprawie dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego

**Występuję z wnioskiem o** (właściwe zaznaczyć znakiem „x”):

|                                                                                                                             |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>organizację przez gminę bezpłatnego dowozu dziecka/ucznia do szkoły/przedszkola/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego*</b> |  |
| <b>zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia do szkoły/przedszkola/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego* własnym pojazdem</b>      |  |

Dziecko/uczeń porusza się samodzielnie/niesamodzielnie\*.

Dziecko/uczeń porusza się za pomocą: kul\* balkonika\* wózka inwalidzkiego\* innego urządzenia (wymienić).....

Czy dziecko/uczeń będzie korzystać z internatu szkoły? tak ☐ \* nie ☐ \*

Dodatkowe informacje o dziecku/ucniu, niezbędne do właściwego sprawowania opieki w czasie przewozu:

.....

#### 1. Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

|                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| imię i nazwisko dziecka/ucznia                                                                                                                                                        |
| data i miejsce urodzenia                                                                                                                                                              |
| adres zamieszkania dziecka/ucznia                                                                                                                                                     |
| w roku szkolnym ..... uczeń klasy .....                                                                                                                                               |
| szkoły podstawowej*/przedszkola*/ponadpodstawowej*/policealnej*/grupy rewalidacyjnej*                                                                                                 |
| szkoła/przedszkole lub placówka do której uczęszcza lub został skierowany uczeń<br>(nazwa placówki, dokładny adres)                                                                   |
| imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego*, nr dowodu                                                                                                                                 |
| adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego*                                                                                                                                         |
| adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego* (wypełnić w przypadku zwrotu kosztów dowozu dziecka/ucznia do szkoły/przedszkola/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego własnym pojazdem) |

## 2. Dokumenty dołączone do wniosku (właściwe zaznaczyć znakiem „x”):

|                                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| aktualne <b>orzeczenie o niepełnosprawności</b> dziecka/ucznia                                                                                                    |  |
| aktualne <b>orzeczenie</b> poradni psychologiczno-pedagogicznej <b>o potrzebie kształcenia specjalnego</b> ucznia                                                 |  |
| <b>skierowanie</b> ucznia do kształcenia specjalnego w danej placówce (dotyczy tylko szkół i ośrodków specjalnych), wydane przez starostę piaseczyńskiego         |  |
| <b>potwierdzenie przyjęcia</b> dziecka/ucznia do szkoły/przedszkola lub ośrodka specjalnego lub aktualne zaświadczenie wydane przez dyrektora szkoły lub placówki |  |
| inne dokumenty:<br>.....<br>uwagi<br>.....                                                                                                                        |  |

## 3. Okres dowożenia do szkoły/placówki:

(określić datę rozpoczęcia dowozu i datę zakończenia) .....

## 4. Oświadczenie wnioskodawcy

(wypełnić w przypadku zwrotu kosztów dowozu dziecka/ucznia do szkoły/przedszkola/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego własnym pojazdem):

dziecko/uczeń dowożony będzie przez rodzica/opiekuna prawnego\*  
dysponującego samochodem o pojemność skokowa silnika:

do 900 cm<sup>3</sup>/powyżej 900 cm<sup>3</sup>\*

trasa dowozu o łącznej długości.....km dziennie. (a-b)

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 z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy, i z powrotem,

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

Proszę o przekazanie pieniędzy z tytułu zwrotu kosztów dowozu dziecka/ucznia na konto osobiste numer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Zobowiązuję się do natychmiastowego powiadomienia Zespołu Obsługi Placówek Oświatowych w przypadku zaistnienia jakichkolwiek zmian związanych z dowozem

**Wszystkie dane zawarte we wniosku i załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą.**

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

\* właściwe zaznaczyć

# Klauzula informacyjna dla klientów Zespołu Obsługi Placówek Oświatowych w Górze Kalwarii

Od 25 maja 2018 roku ma zastosowanie ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

W związku z tym informuję, że

- 1) przetwarzanie danych w Zespole Obsługi Placówek Oświatowych w Górze Kalwarii jest niezbędne dla zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa,
- 2) administratorem Państwa danych osobowych jest reprezentowany przez Dyrektora Zespół Obsługi Placówek w Górze Kalwarii ul. Księdza Zygmunta Sajny 4,
- 3) kontakt z inspektorem ochrony danych: [sekretariat@zopo.gorakalwaria.pl](mailto:sekretariat@zopo.gorakalwaria.pl), tel. 22 756 74 31,
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit a, b, c i art. 9 ust. 2 lit. g RODO,
- 5) odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- 6) Państwa dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. 2011 nr 14 poz. 67 z późn. zm.).
- 7) posiadają Państwo prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- 8) jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody, to przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność przetwarzania z prawem,
- 9) posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....

miejsce, data

.....

czytelny podpis wnioskodawcy