………………………………., dnia…………………

 (miejscowość)

………………………………………………….

 (imię i nazwisko wnioskodawcy)

.………………………………………………….

 (adres wnioskodawcy)

…………………………………………………..

 (numer telefonu)

**WNIOSEK**

**O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU/DOWOZU\* DZIECKA LUB UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO I JEGO OPIEKUNA DO PRZEDSZKOLA, ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO, SZKOŁY LUB OŚRODKA**

**Wnioskuję o:**

1. **zwrot kosztów przejazdu dziecka lub ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do przedszkola, oddziału przedszkolnego, szkoły lub ośrodka środkami komunikacji publicznej,\***
2. **zwrot kosztów dowozu dziecka lub ucznia niepełnosprawnego i jego opiekuna do przedszkola, oddziału przedszkolnego, szkoły lub ośrodka samochodem prywatnym.\***

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Nazwisko i imię dziecka:

……………………………………………………………………………………………….

1. Data i miejsce urodzenia:

……………………………………………………………………………………………….

1. Adres zamieszkania dziecka:

……………………………………………………………………………………………….

1. Dokładna nazwa i adres przedszkola, oddziału przedszkolnego lub szkoły do której będzie uczęszczało dziecko, klasa:

………………………………………………………………………………………….........

1. Nazwisko i imię rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego\*:

………………………………………………………………………………………….........

1. Adres zamieszkania rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego:

…………………………………………………………………………………………….....

1. Okres dowożenia do przedszkola, oddziału przedszkolnego lub szkoły:
od …………………………………… do ……………………………………..

 (data rozpoczęcia i zakończenia dowozu w danym roku szkolnym)

1. Środek komunikacji publicznej lub informacja o samochodzie, którym dziecko będzie dowożone: ........................................................................................................................
2. Oświadczam, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do przedszkola/oddziału przedszkolnego/szkoły wynosi ……….. km.
3. Oświadczam, że na trasie tej nie funkcjonuje komunikacja publiczna w zakresie umożliwiającym dowóz dziecka.\*\*
4. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z ustawą z dnia 5 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1210 z późn. zm.)\*\*.
5. Nazwa banku …………………………………………………………….. oraz nr konta ……………………………………………., na które ma być dokonany zwrot kosztów.

**Załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka lub ucznia.
2. Kserokopia aktualnego orzeczenia z poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia lub potrzebie zajęć rewalidacyjno – wychowawczych.
3. Kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu\*\*
4. Kserokopia aktualnej polisy OC i ubezpieczenia NNW\*\*
5. Podpisana Karta Informacyjna
6. Zaświadczenie ze szkoły
7. Oświadczenie o posiadaniu uprawnień do kierowania pojazdem
8. Oświadczenie o pracy rodzica dowożącego dziecko
9. Inne dokumenty: ………………………………………………………………………

**Oświadczenie wnioskodawcy:**

Świadomy odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 Kodeks karny (t.j.: Dz. U. z 2024r. poz. 17 z późn. zm.) oświadczam, że:

1. informacje zawarte w złożonym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą;
2. przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, że podane we wniosku informacje będą kontrolowane;

…………………………………………..

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

**\*niewłaściwe skreślić**

**\*\* dotyczy dowozu prywatnym samochodem**