Załącznik 1

.................................................

(miejscowość, dnia)

..........................................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.........................................................

(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.......................................................

(nr telefonu)

**WNIOSEK**

**O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDÓW UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

**W ROKU SZKOLNYM 2018/2019 W SYSTEMIE DZIENNYM.**

Wnioskuję o zwrot kosztów przejazdów ucznia niepełnosprawnego do szkoły/ przedszkola/ośrodka\* prywatnym samochodem, w roku szkolnym /

Dane do rozpatrzenia wniosku:

1. Nazwisko i imię dziecka:......................................................................................................................
2. Data i miejsce urodzenia: ...................
3. Adres zamieszkania dziecka: ...................
4. Dokładna nazwa i adres szkoły/przedszkola/ośrodka\* do którego będzie uczęszczało dziecko: ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
5. Nazwisko i imię rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego, nr dowodu tożsamości: .............................................................................................................................................................
6. Adres zamieszkania rodzica, opiekuna lub opiekuna prawnego: .............................................................................................................................................................
   1. Okres dowożenia dziecka do szkoły/przedszkola/ośrodka\*,

od dnia...................................................................do dnia........... ......................

(data rozpoczęcia dowozów ) (data zakończenia dowozów)

* 1. Oświadczam, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do szkoły/przedszkola ośrodka\* wynosi km.
  2. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z ustawą z dnia   
     5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz.U. z 2017 r. poz. 978 z późn. zm.).

10. Załączniki do wniosku\*\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ucznia |  |
| 2 | **Aktualne orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia lub potrzebie zajęć rewalidacyjno- wychowawczych wydane na podstawie 71b, ust. 3 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty ( Dz.U. z 2016 r. poz. 1943 ).** |  |
| 3 | Skierowanie ucznia do kształcenia specjalnego w danej placówce (dotyczy tylko szkół i ośrodków specjalnych) |  |
| 4 | Potwierdzenie przyjęcia dziecka do szkoły lub ośrodka specjalnego, wydane przez dyrektora szkoły lub ośrodka |  |
| 5 | Dowód rejestracyjny samochodu – do wglądu. |  |
| 6 | Polisa ubezpieczenia samochodu OC i NW – do wglądu. |  |
| 7 | Prawo jazdy – do wglądu. |  |
| 8 | Inne dokumenty. |  |

11. Oświadczenie WNIOSKODAWCY:

Oświadczam, że :

* + 1. informacje zawarte w złożonym wniosku i załącznikach do wniosku są zgodne z prawdą;
    2. przyjęłam/przyjąłem\* do wiadomości, że podane we wniosku informacje będą kontrolowane;
    3. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku wyłącznie dla celów związanych z organizacją dowozu uczniów do szkół i ośrodków, zgodnie z ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r., poz. 992 z późn. zm.).

\*niepotrzebne skreślić

\*\* odpowiednie zaznaczyć x

(czytelny podpis wnioskodawcy)