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

 *(miejscowość, data)*

…………………………………………………

*(imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego)*

………………………………………….……..

*(adres zamieszkania)*

…………………………………………………

*(nr telefonu)*

*…………………………………………………………….*

(PESEL) **WÓJT GMINY ISTEBNA**

**W N I O S E K**

**w sprawie dowozu ucznia (dziecka), niepełnosprawnego/pełnosprawnego do szkoły, ośrodka lub przedszkola w roku szkolnym……………………………..**

Zwracam się z prośbą o organizację/zwrot kosztów dowozu do szkoły/ośrodka/przedszkola

w formie:

(zaznaczyć właściwy kwadrat „x”)

□ ***własny samochód[[1]](#footnote-1),***

□ ***środki komunikacji publicznej,[[2]](#footnote-2)(Karta opiekuna, bilety miesięczne)***

□ ***dowóz organizowany przez Urząd Gminy Istebna.***

mojego dziecka:

………………………………………………….…………… ur. ..…………………………….

*(imię i nazwisko dziecka)*

PESEL: .………………………………..

zamieszkałego: …………………………………………………………………………………

 *(miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania, przysiółek)*

uczęszczającego do klasy………… szkoły/ośrodka/przedszkola: …………………………...

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

 *(pełna nazwa, miejscowość, ulica, nr budynku)*

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

Cena biletu na trasie dom-szkoła w jedną stronę wynosi …………….. zł[[3]](#footnote-3).

Ilość pokonywanych kilometrów na trasie dom-szkoła w jedną stronę wynosi[[4]](#footnote-4)……………km.

Pojemność samochodu……………..……….…, spalanie na 100 km wynosi…………………,

**rodzaj paliwa[[5]](#footnote-5): ON, E95, LPG, inne……………….**

***(dotyczy tylko dzieci dowożonych przez rodziców indywidualnie)***

Nazwa banku i nr rachunku bankowego wnioskodawcy (rodzica/opiekuna prawnego)[[6]](#footnote-6):

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

**Do wniosku załączam[[7]](#footnote-7):**

* **aktualne** orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (do wglądu), numer……………..………………..…………………...z dnia …………………………… ważne do …………..……………………………………………………………………….

wydane przez ……………………………………………..……………………………….,

z którego wynika, że dziecko (uczeń) posiada niepełnosprawność ……………………….

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

* zaświadczenie ze szkoły/ośrodka/przedszkola, wydane przez dyrektora placówki o realizowaniu obowiązku szkolnego/nauki/przedszkolnego lub o przyjęciu do placówki,
* Inne dokumenty:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych – Klauzula informacyjna stanowi oddzielny załącznik do niniejszego wniosku.**

 ……………………………………………………………………

 *(podpis Wnioskodawcy)*

**Adnotacje urzędowe:**

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

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

1. *Wybiera się w przypadku braku funkcjonowania środków komunikacji publicznej.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Wybiera się w przypadku funkcjonowania środków komunikacji publicznej. Zwrot kosztów dowozu dziecka następuje według ceny biletów normalnych bądź ulgowych.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Wypełnia się w przypadku zwrotu kosztów przejazdu dziecka środkami komunikacji publicznej.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Wypełnia się w przypadku zwrotu kosztów przejazdu dziecka zapewnionego przez wnioskodawcę samochodem. Weryfikacji odległości w kilometrach dokonają pracownicy Urzędu Gminy Istebna.* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Podkreślić właściwy rodzaj paliwa.* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Wypełnia się w przypadku zwrotu kosztów dowozu dziecka rodzicom/ opiekunowi prawnemu.*  [↑](#footnote-ref-6)
7. *Zaznaczyć znakiem „X” właściwe pozycje.* [↑](#footnote-ref-7)