Załącznik nr 1

………………………………

……………………………………………………... (miejscowość data)

Imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………

Adres zamieszkania

**Burmistrz Kietrza**

##### Wniosek

**o zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły własnym środkiem transportu**

Proszę o powierzenie mi transportu drogami publicznymi i opieki nad uczniem niepełnosprawnym oraz o zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły ………………………………………………………………………………………………….. (imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

Zamieszkałego w …………………………… przy ul. ………………………………………  
Uczęszczającego do kl. …….…… w ……………………………..…………………………….

(nazwa i adres szkoły).

Ilość kilometrów na trasie dom – przedszkole/szkoła, a także przewozu rodzica z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy, i z powrotem. ………………………………. km,

Ilość kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania rodzica do miejsca pracy i z powrotem……………………………km

Uczeń dowożony będzie pod opieką rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego

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

(imię i nazwisko)

legitymującego się dowodem osobistym numer: ……………………….…………………..…..,

zamieszkałego w …………………………… przy ul.………………………………  
będącego właścicielem samochodu – marka ………………………rok produkcji……………..

o pojemności silnika …………………………………. nr. rejestracyjny ………………….…..

nr polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC) ………………………………

nr polisy ubezpieczeniowej od nieszczęśliwych wypadków ……………………………………

nr polisy ubezpieczeniowej transportu dziecka niepełnosprawnego ……………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Data i podpis wnioskodawcy)