

.....
/Imię i nazwisko wnioskodawcy/

.....
/miejsowość, data/

.....
/Adres zamieszkania /

Tel.

**Burmistrz Miasta i Gminy
Syców**

WNIOSEK

o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, szkoły podstawowej lub szkoły ponadpodstawowej własnym środkiem transportu/środkami zbiorowej komunikacji publicznej*

*Niepotrzebne skreślić

Proszę o zwrot kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego:

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia, data urodzenia)

zamieszkałego

uczęszczającego w roku szkolnym..... do klasy/grupy.....

w placówce.....

(nazwa i adres placówki oświatowej)

.....
Dziecko/uczeń dowożony będzie pod opieką rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego:

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego)

legitymującego się dowodem osobistym numer:,

zamieszkałego

I. Okres dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego do placówki oświatowej

od do

(data rozpoczęcia dowozu)

(data zakończenia dowozu)

II. Dowóz własnym środkiem transportu

1. Informuję, iż dziecko/uczeń będzie dowożone prywatnym samochodem – marka, model, rok produkcji,

o pojemności skokowej silnika cm³, numerze rejestracyjnym, nr polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC)

2. Oświadczam, że średnie zużycie paliwa samochodu na Benzyny Pb 98/95/oleju napędowego/LPG l/100 km wynosi kWh/100 km.

3. Informuję, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej, do której dziecko/uczeń niepełnosprawny uczęszcza wynosi km (tylko w jedną stronę z domu do placówki oświatowej).

4. Informuję, że dowożąc dziecko do placówki dojeżdżam do miejsca zatrudnienia, które ma swoją siedzibę pod adresem

Trasa z domu do Pracodawcy bez uwzględnienia przewozu dziecka do placówki przebiega,
.....
..... (wymienić drogi lub ulice)

i posiada łączną długość km.

III. Dowóz środkami zbiorowej komunikacji publicznej

Informuję, iż dziecko/uczeń będzie dowożone środkami komunikacji publicznej. Rodzaj środka transportu:

Jednostkowy koszt przejazdu środkami komunikacji publicznej (*na trasie: miejsce zamieszkania – placówka oświatowa*)

- uczeń:
- opiekun:

z uwzględnieniem ulg ustawowych.

Dzienny koszt przejazdu ucznia niepełnosprawnego wraz z opiekunem, na trasie *miejsce zamieszkania – placówka oświatowa – miejsce zamieszkania* wynosi zł.

IV. Proszę o przekazanie należności z tytułu zwrotu dowozu dziecka/ ucznia niepełnosprawnego do placówki oświatowej na mój rachunek bankowy.

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:.....

V. Załączniki do wniosku

- 1) kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka/ucznia;
- 2) kserokopię aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dziecka/ucznia;
- 3) zaświadczenie z placówki o objęciu dziecka/ucznia wychowaniem przedszkolnym, rocznym przygotowaniem przedszkolnym, obowiązkiem szkolnym lub obowiązkiem nauki.
- 4) dokumenty producenta samochodu, z których wynika średnie zużycie paliwa Samochodu na Benzyny/oleju napędowego/LPG I/100 km, kWh/100 km.

VI. Oświadczam, że:

- 1) wszystkie dane zawarte we wniosku i załącznikach do wniosku są prawdziwe.
- 2) posiadam uprawnienia do kierowania pojazdem zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury i Budownictwa z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie wydawania dokumentów stwierdzających uprawnienia do kierowania pojazdami (Dz. U. z 2018 r. poz. 1062 z późn. zm.)
- 3) w czasie dowozu dziecka do placówki oświatowej *będę sprawował/a nad nim opiekę/ opiekę nad dzieckiem będzie sprawował wyznaczony przeze mnie opiekun*

.....
(imię i nazwisko opiekuna, nr dowodu osobistego)

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy