

.....
(imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres, nr telefonu)

Wójt Gminy Wiązowna

W N I O S E K

o zwrot kosztów przejazdu środkami komunikacji publicznej

Proszę o zwrot kosztów przejazdu środkami komunikacji publicznej dziecka niepełnosprawnego:

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

Dziecko uczęszcza/będzie uczęszczało do:

.....
(pełna nazwa i adres szkoły, przedszkola, ośrodka)

Ilość kilometrów na trasie dom-szkoła-dom km.

Dziecko dowożone będzie środkami komunikacji publicznej:

.....
(nazwa i adres przewoźnika)

Na trasie:

Dodatkowe uwagi:

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

.....
podpis Wnioskodawcy

Załączniki:

1. orzeczenie o niepełnosprawności
2. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
3. zaświadczenie ze szkoły