

BURMISTRZ SIECHNIC
WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEWOZU DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ DO I Z
PRZEDSZKOLA PRYWATNYM SAMOCHODEM OSOBOWYM PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO
W OKRESIE PRZERW W PRACY PLACÓWEK OŚWIATOWYCH WNIKAJĄCYCH Z KALENDARZA ROKU
SZKOLNEGO

1. Wnioskodawca nazwisko i imię					
a. Adres zamieszkania wnioskodawcy		ulica, nr domu/ mieszkania			
		kod pocztowy, miejscowość			
b. Seria i numer dowodu osobistego					
c. Telefon kontaktowy					
d. Adres e-mail					
2. Nazwisko i imię dziecka					
a. Data urodzenia dziecka					
b. Adres zamieszkania dziecka/ucznia		ulica, nr domu/ mieszkania			
		kod pocztowy, miejscowość			
3. Placówka, do której uczęszcza dziecko	Nazwa przedszkola				
	Adres	ulica i nr			
		kod pocztowy miejscowość			
	oddział				
4. Okres przewożenia dziecka do placówki *zaznaczyć właściwe wpisując TAK w odpowiednią rubrykę		Zimowa przerwa świąteczna (Boże Narodzenie) *			Ferie zimowe*
		Wiosenna przerwa świąteczna (Wielkanoc)*			Ferie letnie (wakacje)*
5. Odległość z miejsca zamieszkania dziecka do placówki		liczba kilometrów w jedną stronę			
6. Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dowóz do placówki łączony jest z miejscem pracy)					
7. Trasa przewozu dziecka: * zaznaczyć właściwe wpisując TAK w odpowiednią rubrykę		z miejsca zamieszkania do placówki i z powrotem			*
		tylko z miejsca zamieszkania do placówki			*
		tylko z placówki do miejsca zamieszkania			*
		z miejsca zamieszkania do placówki i do pracy			*

OŚWIADCZAM, ŻE PRZEWÓZ DZIECKA BĘDZIE REALIZOWANY POD MOJĄ OPIEKĄ SAMOCHODEM

8. Marka, model samochodu, pojemność silnika w cm³	
9. Numer rejestracyjny samochodu	
10. Numer polisy ubezpieczeniowej OC	

ZWROT UDOKUMENTOWANYCH KOSZTÓW PRZEWOZU DZIECKA NALEŻY PRZEKAZAĆ PRZELEWEM NA KONTO BANKOWE

11. Numer rachunku bankowego	
-------------------------------------	--

.....
Podpis Wnioskodawcy

DO WNIOSKU DOŁĄCZAM WYMAGANE DOKUMENTY

- 1) Kopię aktualnego orzeczenia z poradni psychologiczno – pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego / zajęć rewalidacyjno-wychowawczych* wydane dnia,

ważne do dnia(data) lub ukończenia etapu edukacji przedszkolnej*

- 2) Zaświadczenie z przedszkola potwierdzające (zaznaczyć właściwe):

- a) przyjęcie do niej dziecka z niepełnosprawnością
b) kontynuację przez niego wychowania przedszkolnego

- 3) Inne, jakie:

.....
Podpis Wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

- 1) Zobowiązuję się do pisemnego powiadamiania Burmistrza Siechnic o wszelkich zmianach mających znaczenie dla uzyskania i wyliczenia zwrotu kosztów przewozu dziecka z niepełnosprawnością do przedszkola, w której realizuje ono wychowanie przedszkolne lub roczne przygotowanie przedszkolne, takich jak np.: zmiana miejsca zamieszkania czy zmiana adresu przedszkola wskazanej we wniosku lub zmiana przedszkola.

.....
Podpis Wnioskodawcy

- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie w niniejszym wniosku danych osobowych w bazie Urzędu Gminy Siechnice w celu zwrotu kosztów przewozu mojego dziecka. Oświadczam, że podstawy prawne, cele i zasady przetwarzania danych osobowych określa Klauzula informacyjna stanowiąca załącznik do niniejszego wniosku.

.....
Podpis Wnioskodawcy

- 3) Wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
Podpis Wnioskodawcy

- 4) Przyjęłam-em do wiadomości, że podane we wniosku informacje będą kontrolowane.

.....
Podpis Wnioskodawcy