Prezydent Miasta
ul. 11 Listopada 20
42-500 Będzin

W N I O S E K
w sprawie dowozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły, przedszkola lub ośrodka

Występuję z wnioskiem o*:

a) organizację przez Miasto Będzin bezpłatnego dowozu ucznia,
b) zwrot kosztów dowozu ucznia własnym pojazdem,
c) zwrot kosztów dowozu ucznia środkami komunikacji publicznej.

- Czy dziecko porusza się na wózku inwalidzkim? tak ☐ nie ☐
- Dodatkowe informacje o dziecku, niezbędne do właściwego sprawowania opieki w czasie przewozu:

  ……

  ……

  ……

Będzin, dnia ..... Podpis wnioskodawcy .....

Telefon kontaktowy …….....

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Nazwisko i imię ucznia:

   ……

2. Data i miejsce urodzenia ucznia:

   ……

3. Adres zamieszkania ucznia (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość):

   ……

4. Nazwa szkoły/przedszkola/ośrodka – miejsca dowozu ucznia (dokładny adres):

   ……

   ……

5. Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego (wnioskodawcy):

   ……

6. Numer dowodu tożsamości: …… …wydany przez ……
7. Adres zamieszkania rodzica lub opiekuna prawnego (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość, numer telefonu):

   ……

7. Dokumenty dołączone do wniosku**:

Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia	
Skierowanie ucznia do kształcenia specjalnego w danej placówce (dotyczy tylko szkół i ośrodków specjalnych), wydane przez starostę będzińskiego	
Potwierdzenie przyjęcia dziecka do szkoły, przedszkola lub ośrodka, wydane przez dyrektora placówki	
Potwierdzenie przyjęcia dziecka do klasy integracyjnej lub oddziału integracyjnego, wydane przez dyrektora szkoły lub przedszkola	
Inne dokumenty:	

8. Okres świadczonej usługi: …….

Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że
a) wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe,
b) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z organizacją dowozu uczniów do szkół i przedszkoli, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych,
c) dziecko dowożone będzie następującymi środkami komunikacji publicznej ……..……., na trasie …….……***
d) dziecko dowożone będzie przez rodzica/opiekuna prawnego *(imię i nazwisko)* …..... legitymującego się dowodem osobistym …..., będącego właścicielem samochodu – marka …..... o pojemności silnika …..... i numerze rejestracyjnym ..... na trasie dom – szkoła – dom o łącznej długości.....km***

Proszę o przekazanie pieniędzy z tytułu zwrotu kosztów dowozu dziecka na konto osobiste numer:

Będzin, dnia ....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* **niepotrzebne skreślić**
**** dołączony do wniosku dokument zaznaczyć znakiem „x”**
***** wypełnić w przypadku wyboru ubiegania się o zwrot kosztów dowozu**