	URZĄD MIASTA BIAŁOGARD ul. 1 Maja 18 WYDZIAŁ EDUKACJI, KULTURY I SPRAW SPOŁECZNYCH – tel. 943122130	**EKS-14**

Dane wnioskodawcy Białogard, ……..

……

……

……

BURMISTRZ BIAŁOGARDU

WNIOSEK

O DOWÓZ / ZWROT KOSZTÓW DOWOZU* NIEPEŁNOSPRAWNEGO DZIECKA DO PRZEDSZKOLA, SZKOŁY LUB OŚRODKA

Występuję z wnioskiem o*:

a) organizację przez gminę bezpłatnego dowozu dziecka do szkoły/przedszkola,
b) zwrot kosztów dowozu dziecka do szkoły/przedszkola własnym pojazdem,
c) zwrot kosztów dowozu dziecka do szkoły/przedszkola środkami komunikacji publicznej.

*niepotrzebne skreślić

Dane dziecka:

1. Imię i nazwisko:
   ……
2. Data i miejsce urodzenia/ PESEL:
   ……
3. Adres zamieszkania:
   ……
4. Nazwa i adres placówki, w której dziecko będzie realizować obowiązek w danym roku szkolnym / klasa:
   ……
   ……
5. Okres świadczonej usługi:……..
6. Imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego* oraz numer telefonu kontaktowego:
   ……..

Białogard, dnia..... .....
(podpis wnioskodawcy)

Oświadczenie wnioskodawcy

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe.
2. 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 (Dz.U. 2002r. NR101, poz.926 z póź.zm.)
3. Dziecko będzie dowożone następującymi środkami komunikacji publicznej: …….....
   na trasie ……
4. Orientacyjny czas (godzina) rozpoczynania i kończenia zajęć w szkole/ przedszkolu/ ośrodku:……..
5. Dziecko będzie dowożone przez rodzica/opiekuna prawnego ……..

   legitymującego się dowodem osobistym ……, będącego właścicielem samochodu marki …….- nr rejestracyjny …….. o pojemności skokowej silnika …….. na trasie ……
6. Proszę o przekazanie pieniędzy z tytułu zwrotu kosztów dowozu dziecka na konto osobiste numer:

Białogard, dnia..... .....

(podpis wnioskodawcy)

ADNOTACJE URZĘDOWE

……

……

……

……

Białogard, dnia …… ……

/podpis/