

....., dnia

.....
(imię i nazwisko)

Burmistrz Gminy i Miasta Witkowo

.....
(adres zamieszkania)

**ul. Gnieźnieńska 1
62-230 Witkowo**

.....
(numer telefonu kontaktowego)

WNIOSEK

w sprawie zwrotu kosztów dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka*

Proszę o zwrot kosztów dowozu dziecka **prywatnym samochodem osobowym na trasie**
(odpowiednie podkreślić):

- a) miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce zamieszkania i z powrotem
- b) miejsce zamieszkania – szkoła – miejsce pracy i z powrotem

I. Dane dziecka:

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Pełna nazwa oraz adres przedszkola/szkoły/ośrodka, do której dziecko uczęszcza lub będzie
uczęszczało

Klasa:

Rok szkolny/.....

II. Dane rodzica/opiekuna prawnego, który będzie realizował dowóz:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres miejsca pracy rodzica/ opiekuna prawnego (w przypadku, gdy rodzic/opiekun prawny
tęczy dowóz dziecka z dojazdem do pracy)

.....

.....

