

....., dnia .....

(miejscowość)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres wnioskodawcy)

.....  
(numer telefonu)

### ***Burmistrz Miasta Żagań***

### **Wniosek o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego wraz z opiekunem**

Proszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(data urodzenia)

zamieszkałego .....

(nr. domu, miejscowość, kod pocztowy)

do .....

(nazwa i adres szkoły/ośrodka)

w okresie od ..... do .....

Uczeń dowożony będzie pod opieką rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego

.....  
(imię i nazwisko, nr dowodu osobistego)

zamieszkałego .....

(nr. domu, miejscowość, kod pocztowy)

Nazwa banku i nr rachunku bankowego rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego:

.....  
(podpis)

Załączniki:

1. aktualne zaświadczenie z przedszkola/szkoły/ośrodka poświadczające, że dziecko jest uczniem tego przedszkola/szkoły/ośrodka,
2. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności ucznia\*,
3. kserokopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych

\* wykreślić jeżeli uczeń nie posiada orzeczenia