

..... , dnia.....  
(miejscowość)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres wnioskodawcy)

.....  
(email)

.....  
(nr telefonu)

## Wójt Gminy Pilchowice

### WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW DOWOŻENIA DZIECKA / UCZNI NIEPEŁNOSPRAWNEGO DO PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

#### Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Imię i nazwisko dziecka: .....

2. Data urodzenia dziecka: .....

3. Adres zamieszkania dziecka:.....

.....

4. Nazwa i adres placówki oświatowej, do której będzie uczęszczało dziecko:

.....

.....

5. Imię, nazwisko oraz adres rodzica, opiekuna, podmiotu, który będzie wykonywał transport i sprawował opiekę nad dzieckiem / uczniem:

.....

.....

.....

6. Okres dowożenia do placówki oświatowej:

od ..... do .....  
(dzień-miesiąc-rok, data rozpoczęcia dowozu) (dzień-miesiąc-rok, data zakończenia dowozu)

7. Dziecko / uczeń dowożony będzie prywatnym samochodem osobowym marki .....,  
pojemność silnika .....

Oświadczam, iż:

- Liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej\* na trasie dom – placówka – dom wynosi ..... km.

