

Załącznik Nr 1

do Zarządzenia Nr 67/2010

z dnia 9 czerwca 2010 r.

..... , dn.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres wnioskodawcy)

.....
(nr telefonu)

Wniosek

o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego

Proszę o zwrot kosztów dojazdu ucznia wraz z opiekunem

(imię i nazwisko ucznia)

- a) środkami komunikacji własnej.
- b) środkami komunikacji publicznej *

do najbliższej szkoły (ośrodka) z miejsca zamieszkania tj. z

(miejscowość, ulica)

do

(nazwa i adres szkoły)

.....
w okresie od do

.....
(podpis)

Załączniki:

- 1) orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
- 2) orzeczenie o niepełnosprawności

* niepotrzebne skreślić