

Śrem,

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
Adres zamieszkania

.....
(tel. kontaktowy/e-mail – dane nieobowiązkowe)

Burmistrz Śremu
ul. Plac 20 Października 1
63 – 100 ŚREM

Wniosek
o zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły środkami
komunikacji publicznej

Proszę o zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego
.....
(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)

zamieszkałego w przy ul.
oraz jego opiekuna do
(nazwa i adres szkoły)
.....

Uczeń dowożony będzie pod opieką rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego
.....
(imię i nazwisko)

legitymującego się dowodem osobistym numer:,
zamieszkałego w przy ul.

Dzienny koszt dowozu ucznia niepełnosprawnego do szkoły wyniesie
zł.

(Data i podpis wnioskodawcy)

Opinia dyrektora szkoły, do której uczęszcza uczeń:

(Data i podpis dyrektora)

Załączniki:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności