**Do Burmistrza**

**Miasta i Gminy Cieszanów**

**W N I O S E K**

**o dowożenie ucznia niepełnosprawnego do przedszkola / szkoły / placówki**

**Występuję z wnioskiem o\*:**

1. organizację przez gminę bezpłatnego dowozu ucznia do przedszkola/szkoły/placówki,
2. zwrot kosztów dowozu ucznia do przedszkola/szkoły/placówki własnym pojazdem,
3. zwrot kosztów dowozu ucznia do przedszkola/szkoły/placówki środkami komunikacji publicznej.

**W przypadku zaznaczenia pkt. 1** - **dodatkowe informacje o dziecku**: (*np.* *czy dziecko porusza się na wózku, czy jest samodzielne, dodatkowe informacje o potrzebach i zachowaniach dziecka, niezbędne do właściwego sprawowania opieki w czasie przewozu.)*

…………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………….

**W przypadku zaznaczenia pkt. 2 lub 3 – uzasadnienie**:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:**

1. Nazwisko i imię ucznia:

…......................................................................................................................................

1. Data i miejsce urodzenia ucznia:

 …......................................................................................................................................

1. Adres zamieszkania ucznia (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość):

….......................................................................................................................................

1. Przedszkole, szkoła lub placówka, do której skierowano ucznia (dokładny adres):

….......................................................................................................................................

1. Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego, numer dowodu tożsamości:

….......................................................................................................................................

1. Adres zamieszkania rodzica lub opiekuna prawnego (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość, numer telefonu):

….......................................................................................................................................

 Dokumenty dołączone do wniosku**\*\***:

|  |  |
| --- | --- |
| Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ucznia  |   |
| Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia  |   |
| Skierowanie ucznia do kształcenia specjalnego w danej placówce (dotyczy tylko szkół i ośrodków specjalnych), wydane przez starostę  |   |
| Potwierdzenie przyjęcia dziecka do szkoły lub ośrodka specjalnego, wydane przez dyrektora szkoły lub placówki  |   |
| Potwierdzenie przyjęcia dziecka do klasy integracyjnej lub oddziału integracyjnego, wydane przez dyrektora szkoły lub placówki  |   |
| Inne dokumenty:  |   |

1. Okres świadczonej usługi: ……………………………………………………………….

**Oświadczenie wnioskodawcy:** Oświadczam, że:

1. wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe i znana jest mi treść art.223 § 1 Kodeksu Karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych zawartych we wniosku,
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z organizacją dowozu uczniów do szkół i przedszkoli, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami),
3. dziecko dowożone będzie następującymi środkami komunikacji publicznej ……………………. na trasie……………………………………………………………………………………….. \*\*\*
4. dziecko dowożone będzie przez rodzica/opiekuna prawnego lub inną osobę, której opiekę nad dzieckiem powierzam ………………………………..*………………………………………*

*(imię i nazwisko)*

legitymującego się dowodem osobistym ………………………., na trasie ……………………… dom – szkoła, szkoła – dom, o łącznej długości................ km,

która pokonywana będzie: ……………………………………………………………………..**\*\*\***

1. Rodzic/opiekun prawny jest zobowiązany do zapewnienia stałego kontaktu telefonicznego
z przewoźnikiem.

**Zwrotu kosztów dowozu dziecka:**

na konto – numer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Cieszanów, dnia ........................

 ................................................

Telefon kontaktowy: ……………………… *(czytelny podpis wnioskodawcy)*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\** właściwe podkreślić

\*\* dołączony do wniosku dokument zaznaczyć znakiem „x”

\*\*\* wypełnić w przypadku wyboru ubiegania się o zwrot kosztów dowozu