

Dane wnioskodawców

Blachownia, dn.

.....
(imię i nazwisko ojca / opiekuna / opiekuna prawnego)

.....
(imię i nazwisko matki / opiekuna / opiekunki prawnej)

.....

.....

.....
(adres zamieszkania rodziców / opiekunów)

.....
(nr telefonu)

**Burmistrz Blachowni
ul. Sienkiewicza 22
42-290 Blachownia**

WNIOSEK

w sprawie dowozu dziecka niepełnosprawnego do przedszkola lub szkoły

/PROSZĘ O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI/

Występuję z wnioskiem o*:

- ☐ zwrot kosztów dowozu dziecka do szkoły/przedszkola środkami komunikacji publicznej.
- ☐ zwrot kosztów dowozu dziecka do szkoły/przedszkola własnym pojazdem,

dla mojego dziecka :

NAZWISKO I IMIĘ DZIECKA

7. Dokumenty dołączone do wniosku*:

- ☐ Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka,
- ☐ Kserokopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia,
- ☐ Zaświadczenie o przyjęciu do placówki
- ☐ Oświadczenie o dowozie

Inne dokumenty:

- ☐ Kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC, NW) pojazdu***
- ☐ Kserokopia dowodu rejestracyjnego pojazdu***

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA						
NAZWISKO						
IMIĘ						
PESEL						
DATA I MIEJSCE URODZENIA						
ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA ULICA, NR DOMU/MIESZKANIA KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ						
SZKOŁA LUB PLACÓWKA, DO KTÓREJ SKIEROWANO DZIECKO /dokładna nazwa oraz adres placówki/						
OKRES DOWOŻENIA DO PLACÓWKI		OD: DO:				
RODZIC/OPIEKUN/ OPIEKUN PRAWNY, KTÓRY BĘDZIE SPRAWOWAŁ OPIEKĘ NAD DZIECKIEM W TRAKCIE DOWOZU**/**						
Nazwisko i imię						
Adres zamieszkania ulica, numer domu/mieszkania kod, miejscowość						
Numer dowodu tożsamości						
Nr PESEL						
Numer telefonu						
WYLICZENIE KOSZTÓW DOWOZU ŚRODKAMI KOMUNIKACJI PUBLICZNEJ/PRYWATNEJ NA TRASIE DOM-PLACÓWKA-DOM **/**						
Wyjazd z	Dojazd do	Nazwa przewoźnika	CENA BILETU UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO (po zastosowaniu ulg)	RODZAJ BILETU (M –miesięczny J-jednorazowy)	CENA BILETU DLA RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO sprawującego opiekę podczas dowozu dziecka do placówki (po uwzględnieniu stosownych ulg):	RODZAJ BILETU (M –miesięczny J-jednorazowy)

Wypełnić w przypadku ubiegania się o ZWROT KOSZTÓW DOWOZU WŁASNYM POJAZDEM						
NAJKRÓTSZA ILOŚĆ KILOMETRÓW NA TRASIE DOM-SZKOŁA-DOM						
MARKA SAMOCHODU						
POJEMNOŚĆ SILNIKA W CM ³						
NUMER REJESTRACYJNY SAMOCHODU						
NUMER POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ POJAZDU						
DATA WAŻNOŚCI POLSY DO:						
NUMER POLISY UBEZPIECZENIOWEJ OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW						
DATA WAŻNOŚCI POLSY DO:						

Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że

- a) wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe,
- b) 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),
- c) przyjmuję do wiadomości że:
 - administratorem danych jest Urząd Miejski w Blachowni z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 22 w Blachowni,
 - niniejsze dane zbierane są w celu sprawnego przeprowadzenia procedury organizacji dowozu uczniów do szkół, przedszkoli i placówek
 - przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania za pośrednictwem Urzędu Miejskiego w Blachowni,

Blachownia, dnia

Podpis ojca /opiekuna
prawnego

Podpis matki /opiekunki
prawnej

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem „X”

** Wypełnić w przypadku ubiegania się o zwrot kosztów dowozu środkami komunikacji publicznej

*** wypełnić w przypadku ubiegania się o zwrot kosztów dowozu własnym pojazdem