

....., dnia .....

(miejscowość)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres wnioskodawcy)

.....  
(numer telefonu)

.....  
(marka, model i numer rejestracyjny samochodu)

**Wójt Gminy  
Stryszawa**

**W n i o s e k  
o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego**

Proszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia ..... z  
miejsca zamieszkania, tj. .... do ..... w  
roku szkolnym 20.../20.... Jednocześnie informuję, że odległość miejsca  
zamieszkania do ( szkoły, przedszkola, placówki) wynosi ..... km.  
Średnie zużycie paliwa na 100 km: .....

Numer rachunku bankowego:

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celach dotyczących przetwarzania danych osobowych rodzica/opiekuna i dziecka w przypadku dowozu dziecka niepełnosprawnego do i z placówki edukacyjnej, do której dziecko uczęszcza.

.....

(podpis)

Załączniki:

1. orzeczenie o niepełnosprawności ucznia,
2. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.
3. skierowanie dziecka do kształcenia specjalnego w danej placówce (dotyczy tylko szkół specjalnych lub ośrodków specjalnych)