

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko rodzica

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

**Burmistrz Łomianek
ul. Warszawska 115
05-092 Łomianki**

**Wniosek
o zwrot kosztów przejazdu do szkoły dla ucznia niepełnosprawnego i opiekuna**

Na podstawie art. 17 ust. 3a pkt 3 ustawy o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 ze zmianami) proszę o zwrot kosztów przejazdu dla ucznia i opiekuna w związku z osobistym dowozem dziecka do szkoły.

.....
nazwisko i imię ucznia

.....
adres zamieszkania

do szkoły
nazwa i adres placówki, do której dziecko uczęszcza

.....
Do wniosku dołączam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności dziecka, skierowanie dziecka do kształcenia specjalnego w danej placówce i zaświadczenie (lub potwierdzenie szkoły na wniosku) o uczęszczaniu dziecka do szkoły, szkoły specjalnej lub placówki opiekuńczo-wychowawczej.

.....
podpis rodzica