

Choszczno, dn. ....

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres wnioskodawcy)

.....  
(numer telefonu)

Dyrektor  
Biura Obsługi Szkół Samorządowych  
w Choszcznie

**Wniosek  
w sprawie dowozu ucznia, niepełnosprawnego do szkoły, ośrodka**

**I. Występuję z wnioskiem o:**

- 1) zapewnienie mojemu 6-letniemu dziecku, 6-letniemu niepełnosprawnemu dziecku bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do najbliższego przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej,
- 2) wyrażenie zgody na zwrot kosztów przejazdu mojego 6-letniego dziecka, mojego 6-letniego niepełnosprawnego dziecka i jego opiekuna na zasadach określonych w umowie zawartej między Dyrektorem Biura Obsługi Szkół Samorządowych i rodzicami, opiekunami lub opiekunami prawnymi,
- 3) zapewnienie mojemu dziecku, mojemu niepełnosprawnemu dziecku bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do najbliższej szkoły podstawowej, gimnazjum, szkoły ponadgimnazjalnej lub ośrodka,
- 4) wyrażenie zgody na zwrot kosztów przejazdu mojego dziecka, mojego niepełnosprawnego dziecka i jego opiekuna na zasadach określonych w umowie zawartej między Dyrektorem Biura Obsługi Szkół Samorządowych i rodzicami, opiekunami lub opiekunami prawnymi

**na okres: od.....do.....**

**podkreślić wnioskowaną formę dowozu, do szkoły ponadgimnazjalnej mogą być dowożeni tylko uczniowie z niepełnosprawnością ruchową, upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym**

**II. Dane dziecka, którego dotyczy dowóz:**

1. Imię i nazwisko.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Adres zamieszkania.....
4. Przedszkole, szkoła, ośrodek do którego skierowano ucznia (dokładny adres).....

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Załączniki:**

1. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego
2. orzeczenie o niepełnosprawności
3. skierowanie do placówki
4. potwierdzenie przyjęcia dziecka do szkoły/ośrodka  
wydane przez dyrektora szkoły lub ośrodka

