Dane wnioskodawcy Reguły, dn. ……………………………….………

……………………………………………………………

(imię i nazwisko)

……………………………………………………………

(adres zamieszkania)

………………………………………..…………………

(nr telefonu)

……………………………………………………………

(adres e-mail)

**Wójt Gminy Michałowice**

Aleja Powstańców Warszawy 1, Reguły

05-816 Michałowice

**WNIOSEK**

**w sprawie przewozu dziecka niepełnosprawnego do przedszkola lub szkoły**

**w roku szkolnym 2024/2025**

Występuję z wnioskiem o\*:

* organizację przez Gminę Michałowice bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu ucznia/dziecka do szkoły/przedszkola,
* zwrot kosztów przewozu ucznia/dziecka i rodzica/opiekuna do szkoły/przedszkola pojazdem rodzica/opiekuna i z powrotem.

Moje dziecko korzysta z wózka inwalidzkiego: □ tak □ nie

Informacje o dziecku, niezbędne do właściwego sprawowania opieki w czasie przewozu:

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

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

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

**Dane szczegółowe, niezbędne do rozpatrzenia wniosku:**

1. Nazwisko, imię ucznia/dziecka:

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

2. Data i miejsce urodzenia ucznia/dziecka:

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

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

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

4. Nazwa szkoły lub placówki (w tym klasy), do której uczęszcza uczeń/dziecko wraz z dokładnym adresem): …................................................................................................................................................................

\* prosimy zakreślić odpowiednią opcję

5. Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego:

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

6. Adres miejsca pracy rodzica/opiekuna prawnego (ulica, nr, kod, miejscowość, nr telefonu)\*:

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

**Dane dotyczące niepełnosprawności ucznia/dziecka:**

7. Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia/dziecka

a) Nr orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego …………………….…………….……………….……………………..

b) Data wydania ww. orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego …………………….……………………………

c) Okres, na jaki obowiązuje orzeczenie (np. na I etap edukacji) ……………….…………………………………………

z uwagi na ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

8. Uczeń/dziecko dowożone będzie przez rodzica/opiekuna ……..…......................................................... własnym samochodem – marka ….................................................. o pojemności silnika ………….…… cm3  
 i numerze rejestracyjnym …................................................ drogami publicznymi na trasie:

a) dom – przedszkole/szkoła – z powrotem (x2) – …….. km \*

b) dom – przedszkole/szkoła – praca – z powrotem – ….… km \*

11. Proszę o przekazanie środków pieniężnych z tytułu zwrotu kosztów przewozu ucznia/dziecka na konto osobiste numer i nazwa banku:

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

Nazwa banku: ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Załączniki:**

1. Aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego ucznia/dziecka (do wglądu)

2. Kserokopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC, NW) pojazdu, którym dowożony jest uczeń/dziecko (w przypadku dowozu przez rodzica/opiekuna prawnego)

3. Kserokopia dowodu rejestracyjnego

4. Zaświadczenie potwierdzające przyjęcie/uczęszczanie dziecka do przedszkola/szkoły/ośrodka

\* prosimy zakreślić odpowiednią opcję

a – dotyczy rodziców/opiekunów niepracujących, wracających do domu

b - dotyczy rodziców/opiekunów dojeżdżających do pracy

**12. Oświadczenie wnioskodawcy:**

Oświadczam, że:

1) wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą,

2) przyjąłem/przyjęłam do wiadomości, że podane we wniosku informacje będą kontrolowane.

3) Wiem, że Administratorem danych osobowych podanych we wniosku jest Wójt Gminy Michałowice, a podanie danych jest dobrowolne lecz konieczne do rozpatrzenia niniejszego wniosku. Przyjmuję do wiadomości szczegółowe zasady przetwarzania i ochrony danych osobowych podane w Polityce prywatności dostępnej w siedzibie i na stronie www Administratora: www.michalowice.pl/rodo

………………………………………………………………………

(podpis wnioskodawcy)