

Załącznik nr 2 do
zarządzenia nr II/204/09
Wójta Gminy Sulików
z dnia 15 września 2009 r.

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy
.....
Adres zamieszkania
.....
Nr rachunku bankowego

Wniosek

Proszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego

.....
(imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia)
z miejsca zamieszkaniado.....
(nazwa szkoły)
w okresie od do Jednocześnie informuję, że odległość
z miejsca zamieszkania do szkoły wynosi km

Załączniki:

1. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego,
2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

.....
(Podpis rodzica/ opiekuna/opiekuna prawnego)