

Mysłowice, dnia .....

**Dane wnioskodawcy:**

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(nr telefonu)

**Prezydent Miasta Mysłowice**  
**ul. Powstańców 1**  
**41-400 Mysłowice**

**Wniosek w sprawie przewozu dziecka/ucznia\* niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka\*****Wnioskuje o:**

1. objęcie mojego niepełnosprawnego dziecka dowozem, realizowanym przez Gminę Miasto Mysłowice\*,
2. zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka, realizowany prywatnym samochodem osobowym na trasie:
  - miejsce zamieszkania – przedszkole/szkoła/ośrodek – miejsce zamieszkania i z powrotem\*,
  - miejsce zamieszkania – przedszkole/szkoła/ośrodek – miejsce pracy i z powrotem\*.

**I. Dane dziecka/ucznia:**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Data urodzenia:

.....

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

.....

4. Pełna nazwa oraz adres przedszkola/szkoły/ośrodka, do którego/której będzie dojeżdżać dziecko/uczeń:

.....

.....

Klasa: .....

Rok szkolny: .....

Okres dowożenia: od ..... do .....

**II. Dane rodzica/opiekuna prawnego:**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. Adres zamieszkania (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość):

.....

3. PESEL: .....

4. Seria i nr dowodu osobistego: .....

