

Nazwa wniosku: Wniosek rodziców o zwrot kosztów przejazdu dziecka niepełnosprawnego i opiekuna do najbliższej placówki edukacyjnej		Potwierdzenie wpływu
Organ, do którego składany jest wniosek: Wójt Gminy Werbkowice, ul. Zamojska 1, 22-550 Werbkowice		
Imię i nazwisko		Telefon
Miejsce zamieszkania		
Dane		
Imię i nazwisko dziecka		Data urodzenia
Miejsce zamieszkania dziecka		
Nazwa placówki		
Adres placówki		
Rok szkolny	Typ placówki <input type="checkbox"/> szkoła <input type="checkbox"/> przedszkole	Kasa
Dane rodzica/opiekuna		
Imię i nazwisko		Seria i numer dowodu
Miejsce zamieszkania		
Sposób przewozu dziecka <input type="checkbox"/> samochód prywatnym marki _____ o pojemności silnika _____ cm ³ o nr rejestracyjnym <input type="checkbox"/> komunikacją publiczną (podać rodzaj i cenę biletu)		
Uzasadnienie konieczności zapewnienia dowozu		
Załączniki <input type="checkbox"/> orzeczenie Poradni Psychologiczno–Pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego. <input type="checkbox"/> skierowanie starosty właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka do kształcenia specjalnego w danej placówce. <input type="checkbox"/> zaświadczenie potwierdzające miejsce realizacji obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego/szkolnego/nauki. <input type="checkbox"/> Inne		
Miejscowość	Data	Podpis