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

miejscowość, data

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

imię i nazwisko wnioskodawcy

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

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

adres wnioskodawcy

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

PESEL wnioskodawcy

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

numer telefonu wnioskodawcy

**Burmistrz Zdun**

**Rynek 2**

**63-760 Zduny**

**WNIOSEK**

**o zwrot kosztów przewozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola, oddziału**

**przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego,**

**ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, szkoły podstawowej lub szkoły**

**ponadpodstawowej własnym środkiem transportu[[1]](#footnote-1)**

Proszę o zwrot kosztów przewozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego: .....................................

.......................................................................................................................................................  
(imię i nazwisko dziecka/ucznia, data urodzenia)

zamieszkałego ..............................................................................................................................  
  
uczęszczającego w roku szkolnym .................................. do klasy/grupy ...................................  
  
w placówce ...................................................................................................................................  
  
.......................................................................................................................................................  
  
.......................................................................................................................................................  
(nazwa i adres placówki oświatowej)

Dziecko/uczeń dowożony będzie pod opieką rodzica/opiekuna prawnego/opiekuna\* ................

.......................................................................................................................................................  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/opiekuna)

legitymującego się dowodem osobistym numer ..........................................................................

zamieszkałego ..............................................................................................................................

zatrudnionego\* .............................................................................................................................  
  
................................................................................................./pozostającego bez zatrudnienia\*.

(nazwa i adres zakładu pracy)

**I. Okres dowożenia dziecka/ucznia niepełnosprawnego do placówki oświatowej**

od ...................................................................... do ......................................................................

(data rozpoczęcia i zakończenia dowozu, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia zajęć dydaktyczno-wychowawczych w danym roku szkolnym)

**II. Dowóz własnym środkiem transportu**

Oświadczam, iż dziecko/uczeń będzie dowożone prywatnym samochodem:

marka .......................................................................,

pojemność skokowa silnika ........................................ cm3/napęd elektryczny\*,

numer rejestracyjny .............................................................................,

numer polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC) ..................................... .

**III. Odległość od miejsca zamieszkania do placówki oświatowej oraz zakładu pracy rodzica/opiekuna prawnego/opiekuna**

Oświadczam, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej, do której dziecko/uczeń niepełnosprawny uczęszcza wynosi ................... km (tylko w jedną stronę z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej).

Oświadczam, że najkrótsza odległość z placówki oświatowej, do której dziecko/uczeń niepełnosprawny uczęszcza, do zakładu pracy rodzica/opiekuna prawnego/opiekuna dowożącego dziecko/ucznia niepełnosprawnego wynosi ................... km (tylko w jedną stronę z placówki oświatowej do zakładu pracy).

Oświadczam, że najkrótsza odległość z miejsca zamieszkania do zakładu pracy rodzica/opiekuna prawnego/opiekuna dowożącego dziecko/ucznia niepełnosprawnego wynosi ................... km (tylko w jedną stronę z miejsca zamieszkania do zakładu pracy).

**IV. Internat/bursy szkolne**

Oświadczam, że moje dziecko .....................................................................................................

(imię i nazwisko dziecka/ucznia, data urodzenia)

korzysta/nie korzysta\* z opieki w internacie/bursie szkolnej. Ponadto oświadczam, że przewóz  
  
mojego dziecka do placówki oświatowej będzie odbywał się w następujących dniach:

poniedziałek\*, wtorek\*, środa\*, czwartek\*, piątek\*, tj. średnio .............. razy w tygodniu.

**V. Zwrot kosztów przewozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego**

Proszę o przekazanie należności z tytułu zwrotu przewozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do placówki oświatowej na mój rachunek bankowy.

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

Numer rachunku bankowego: ......................................................................................................

**VI. Załączniki do wniosku**

1. kserokopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dziecka/ucznia;
2. zaświadczenie z placówki oświatowej o objęciu dziecka odpowiednio: kształceniem specjalnym, indywidualnym obowiązkowym rocznym przygotowaniem przedszkolnym lub indywidualnym nauczaniem, albo o udziale dziecka w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych;
3. zaświadczenie z placówki oświatowej o objęciu ucznia opieką w internacie/bursie szkolnej (jeśli dotyczy);
4. kopie wszystkich stron dowodu rejestracyjnego pojazdu wykorzystywanego do przewozu dziecka/ucznia;
5. upoważnienie – zgodę właściciela/współwłaściciela do użytkowania samochodu (w przypadku, gdy wnioskodawca użytkuje samochód, który nie jest jego własnością);
6. oświadczenie rodzica/opiekuna prawnego o powierzeniu wykonywania transportu i sprawowania opieki w czasie przewozu innemu podmiotowi (jeśli dotyczy);
7. oświadczenie podmiotu o dowożeniu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i sprawowaniu nad nim opieki w czasie jazdy (jeśli dotyczy).

**VII. Oświadczenia i zobowiązania**

1. Świadomy/-a odpowiedzialności karnej w przypadku podania nieprawidłowych danych, oświadczam, że przedłożone przeze mnie informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. Zobowiązuję się do informowania o każdorazowej zmianie powyższych danych.
3. Osoba wskazana do przewozu dziecka/ucznia do placówki oświatowej posiada uprawnienia do kierowania pojazdem samochodowym zgodnie z przepisem art. 6 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2021 r. poz. 1212 z późn. zm.).
4. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystanie danych osobowych zawartych we wniosku, dla celów związanych z organizacją dowozu uczniów do placówek oświatowych, zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 2016.05.04 oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
5. Zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną dostępną w Urzędzie Miejskim w Zdunach oraz na stronie www.zduny.pl.

Na podstawie art. 13 oraz art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy, że administratorem danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka/ucznia jest Gmina Zduny z siedzibą Rynek 2, 63-760 Zduny. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań gminy, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe. Pełna treść klauzuli informacyjnej dostępna jest w Urzędzie Miejskim w Zdunach.

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

miejscowość i data

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

czytelny podpis wnioskodawcy

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)