

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....
(PESEL)

.....
(nr tel.)

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU DZIECKA/UCZNIĄ* REALIZUJĄCEGO OBOWIĄZEK SZKOLNY/PRZEDSZKOLNY

Wniosuję o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia do najbliższego publicznego przedszkola/szkoły,
w obwodzie której mieszka.

Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

1. Imię i nazwisko dziecka:

2. Data i miejsce urodzenia dziecka:

3. Adres zamieszkania dziecka:

4. Adres szkoły/przedszkola, do której będzie uczęszczać:

.....

5. Okres dowożenia do ww. jednostki:

od do

6. Oświadczam, że odległość z miejsca zamieszkania dziecka do przedszkola/szkoły wynosi
powyżej***

3 km

4 km

* niewłaściwe skreślić

*** właściwe zakreślić