

Barczewo,.....

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres wnioskodawcy)

.....
(numer telefonu)

Dyrektor
Miejskiego Zespołu Oświaty
i Zdrowia
Plac Ratuszowy 1
11-010 Barczewo

WNIOSEK o zwrot kosztów przejazdu ucznia

Proszę o zwrot kosztów dojazdu ucznia:

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(data i miejsce urodzenia ucznia)

.....
(adres zamieszkania ucznia - ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość)

wraz z opiekunem (jeżeli dziecko nie ukończyło 7 roku życia) środkami komunikacji własnej/
środkami komunikacji publicznej* do najbliższej szkoły/przedszkola (ośrodka) z miejsca
zamieszkania do

.....
(nazwa i adres szkoły)

.....
w okresie od do

Nr konta bankowego opiekuna, na które będą zwracane koszty dowozów:

Oświadczenie wnioskodawcy:

Oświadczam, że

- a) wszystkie dane zawarte we wniosku są prawdziwe,
- b) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z organizacją dowozu uczniów do szkół i przedszkoli, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. Z 1997r. Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

***niepotrzebne skreślić**