

**Załącznik nr 1
do Zarządzenia Nr 142/2011/P
Prezydenta Miasta Pabianic
z dnia 18.08.2011 r.**

Pabianice, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres wnioskodawcy)

.....
(nr telefonu)

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

**Wniosek
o zwrot kosztów dowozu ucznia niepełnosprawnego**

Proszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia
z miejsca zamieszkania tj.
do
w okresie od do

Jednocześnie informuję, że odległość od miejsca zamieszkania do szkoły wynosi .. km.

Załączniki:

1. orzeczenie z poradni o potrzebie kształcenia specjalnego,
2. orzeczenie o niepełnosprawności,
3. skierowanie do placówki,
4. potwierdzenie przyjęcia dziecka do szkoły/placówki.

Prezydent Miasta Pabianic
/-/ Zbigniew Dychto

