

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 2016r. poz. 992).

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

**\*niepotrzebne skreślić**