

..... Trzebiatów, dnia .....

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

.....

(adres)

**WNIOSEK**

**O POKRYCIE KOSZTÓW PRZEJAZDU UCZNIA NIEPEŁNOSPRAWNEGO**

Proszę o zwrot kosztów przejazdu ucznia .....

z miejsca zamieszkania, tj. ....

do .....

w okresie .....

Załączniki<sup>1</sup>:

1. orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego;
2. orzeczenie o niepełnosprawności;
3. skierowanie do placówki.

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić.