

miejsowość, dnia

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres zamieszkania opiekuna)

Wójt Gminy Oleśnica

W N I O S E K

Proszę o zwrot kosztów przewozu dziecka niepełnosprawnego oraz opiekuna

.....
(imię i nazwisko dziecka, adres zamieszkania)

poniesionych na przewóz do

(nazwa placówki oświatowej/ośrodka)

za miesiąc 2025 roku w wysokościzł

(słownie zł)

Sposób wyliczenia:

liczba dni przewozu x koszt jednorazowego przewozu =

Do wniosku załączam:

– zaświadczenie o obecności dziecka w placówce oświatowej/ośrodku w miesiącu2025 r.

.....
(podpis opiekuna)