

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

Oleśnica, dnia .....

.....  
(adres zamieszkania)

**Centrum Usług Wspólnych Gminy Oleśnica  
ul. Wileńska 32a  
56-400 Oleśnica**

## **W N I O S E K**

Proszę o zwrot kosztów przewozu ucznia niepełnosprawnego i opiekuna\*

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

poniesionych na przewóz do .....  
(nazwa placówki)

za miesiąc ..... 202... roku w wysokości ..... zł

(słownie zł .....)

### **Sposób wyliczenia:**

liczba dni przewozu ..... x koszt jednorazowego przewozu ..... = .....

Zwrot poniesionych kosztów proszę o :

- przekazanie na rachunek bankowy Nr.....

Do wniosku załączam:

- zaświadczenie o obecności dziecka w szkole w miesiącu ..... 202... r.

.....  
(podpis opiekuna)

\* niepotrzebne skreślić