miejscowość ....., dnia .....

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres zamieszkania opiekuna)

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 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 placówce oświatowej/ośrodku w miesiącu ……2025 r.

……
(podpis opiekuna)