Marcinowice, dnia …………

…………………………………….…

 */ imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego /*

……………………………….………

 */ adres zamieszkania /*

………………………………….……

……………………………………….

*/numer telefonu/*

………………………………….……

*/seria i numer dowodu osobistego/*

 **Wójt Gminy Marcinowice**

**WNIOSEK**

**w sprawie dowozu dziecka niepełnosprawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka w roku szkolnym …………………………………..**

* 1. **Występuję z wnioskiem o (zaznaczyć właściwe):**

□ 1. zapewnienie mojemu niepełnosprawnemu

□ dziecku w wieku pięciu/sześciu\* lat

□ dziecku, które objęte jest wychowaniem przedszkolnym - *dziecko z odroczonym obowiązkiem szkolnym*

bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do najbliższego przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego

□ 2. zapewnienie mojemu niepełnosprawnemu

□dzieckuz niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim,

□ dziecku z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z których jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność intelektualna,

bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego

*(dot. dzieci do 24. roku życia - w przypadku uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z których jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność intelektualna, do 25. roku życia - w przypadku uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych);*

□ 3. zwrot kosztów przejazdu ucznia, o którym mowa w pkt 1 i 2, oraz jego opiekuna do szkoły lub ośrodka, wymienionych w pkt 1 i 2, na zasadach określonych w umowie zawartej między wójtem a rodzicami, jeżeli dowożenie i opiekę zapewniają rodzice.

**w okresie od: ………………………. do: ………………………..**

* 1. **Dane dziecka:**
1. Imię i nazwisko …....................................................................................................................
2. Data i miejsce urodzenia …......................................................................................................
3. Adres zamieszkania …..............................................................................................................
4. Pełna nazwa oraz adres przedszkola/szkoły/ośrodka, do której będzie uczęszczało dziecko…...............................................................................................................................….

...................................................................................................................................................................

1. Czy dziecko porusza się na wózku inwalidzkim: tak □ nie □
2. Dodatkowe informacje o potrzebach i zachowaniu dziecka niezbędne podczas korzystania z dowozu zbiorowego

…..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* 1. **Dziecko dowożone jest przez rodzica/opiekuna prawnego:**

…………………………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, adres, w przypadku dowożenia dziecka przez osobę inną niż rodzic dołączyć upoważnienie)*

**Środek transportu:**

□ środek komunikacji publicznej: …………………………….

□ pojazd marki: ………………………………….. numer rejestracyjny: …………………….. pojemność silnika: ………………. cm3, zużycie paliwa na 100 km wynosi (benzyna/ON\*): ………………………..

właściciel: ………………………………………………………………………………………………….

ilość kilometrów na trasie dom-szkoła-dom: ………………………………………………………………

Nr dowodu rejestracyjnego: ……………………………….

Nr polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC) ……………………………………….

Nr polisy ubezpieczeniowej od nieszczęśliwych wypadków (NW): ……………………………………...

Nr polisy ubezpieczeniowej transportu dziecka niepełnosprawnego: …………………………………….

\*zaznaczyć właściwe

* 1. **Oświadczenie**

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art.233 §1, §1a, § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz.U. z 2016r., poz.1137 z późn.zm.) oświadczam, że w/w dane zgodne są z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016r., poz.922) wyłącznie dla celów związanych z realizacją zadania, o którym mowa w niniejszym wniosku.

Wyrażam zgodę na dowóz mojego dziecka do przedszkola/szkoły/ośrodka i z powrotem przez przewoźnika wyłonionego w drodze przetargu/udzielenia zamówienia publicznego przeprowadzonego przez Wójta Gminy Marcinowice.

**V**. **Zobowiązuję się do** niezwłocznego powiadomienia Urzędu Gminy Marcinowice referat Organizacyjny, Spraw Obywatelskich i Oświaty w formie pisemnej o rezygnacji z dowozu mojego dziecka do wyżej wymienionego przedszkola/szkoły/ośrodka\* w ciągu 3 dni od dnia rezygnacji.

 ….....................................................

*data i podpis rodzica/opiekuna prawnego*

Załączniki:

* 1. kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka
	2. kserokopia aktualnego orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dziecka
	3. zaświadczenie z przedszkola/szkoły/ośrodka, w którym dziecko będzie realizowało w roku szkolnym 2017/2018 roczne przygotowanie przedszkolne lub obowiązek szkolny/nauki
	4. w przypadku dowozu dziecka prywatnym samochodem osobowym:

kserokopia dowodu rejestracyjnego samochodu, kserokopia polisy ubezpieczeniowej OC/NW, kserokopia uprawnienia do kierowania pojazdem

*Podstawa prawna: ustawa z dnia 14 grudnia 2016r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2017 r., poz. 59) – art. 39 ust.4*