

Załącznik Nr 1  
do Zarządzenia Nr 10/2015  
Prezydenta Miasta Konina  
z dnia 29 stycznia 2015 roku

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(nr PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr telefonu)

**Wydział Oświaty  
Urzędu Miejskiego  
ul. Pl. Wolności 1  
62-500 Konin**

## W N I O S E K

Wnoszę o zwrot kosztów ponoszonych na przejeździe do szkoły / placówki mojego dziecka

.....  
/imię i nazwisko dziecka/

zamieszkałego w Koninie przy ul. ....  
Dziecko uczęszcza do ( nazwa i adres szkoły / placówki) .....

.....  
Liczba kilometrów na trasie dom-szkoła-dom wynosi..... km.  
Dziecko dowożone jest przez (imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna\*).....

.....zam. w ..... przy  
ulicy....., będącego właścicielem samochodu  
marki ..... o pojemności skokowej silnika ..... m<sup>3</sup>.

Rachunek właściwy do przekazania zwrotu kosztów przejazdu:

.....  
(numer rachunku)

W załączniku:

- kserokopia orzeczenia poradni o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka,
- kserokopia dowodu rejestracyjnego,
- potwierdzenie przyjęcia dziecka do przedszkola, szkoły, ośrodka.

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy

\*niepotrzebne skreślić

### Oświadczenie

Na podstawie art. 23 ust. 1 i ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2014r., poz.1182 ze zm.) oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych osobowych mojego dziecka, w tym danych o jego niepełnosprawności, dla celów realizacji przez Urząd Miasta Konin zwrotu kosztów ponoszonych przeze mnie na przejazd dziecka do szkoły / placówki.

.....  
Podpis wnioskodawcy