

Wymiarki, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

PESEL

.....
(adres zamieszkania)

.....
numer telefonu

**Wójt
Gminy Wymiarki**

WNIOSEK

Wnoszę o zawarcie umowy o zwrot kosztów dowożenia ucznia niepełnosprawnego:

1	Imię i nazwisko ucznia	
2	Data urodzenia	
3	Adres zamieszkania ucznia	
4	Adres przedszkola, szkoły lub ośrodka, do którego uczęszcza uczeń	
5	Imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego lub opiekuna wyznaczonego przez rodzica	
6	Adres zamieszkania rodzica, opiekuna prawnego lub opiekuna wyznaczonego przez rodzica	
7	Okres dowożenia do przedszkola, szkoły lub ośrodka (od – do)	
8	Adres miejsca pracy rodzica, opiekuna prawnego lub opiekuna wyznaczonego przez rodzica	
9	Liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi ^{*)} : a) z miejsca zamieszkania do miejsca nauki dziecka, o którym mowa w pkt 4, a także przewozu rodzica z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy, i z powrotem b) z miejsca zamieszkania rodzica do miejsca pracy i z powrotem, jeżeli nie będzie wykonywany przewóz, o którym mowa w lit. a	
10	Uczeń do placówki uczęszczać będzie środkami komunikacji publicznej	samodzielnie z opiekunem

^{*)} w pkt 9 wypełnić a) albo b)

Potwierdzam dane dotyczące samochodu osobowego, którym dowożony będzie uczeń	
Marka, model:	
Numer rejestracyjny:	Rok produkcji:
Pojemność skokowa silnika w cm ³ :	

**Załącznik do wniosku w sprawie dowozu i zwrotu kosztów dojazdu
uczniów niepełnosprawnych z terenu Gminy Wymiarki do szkół (placówek)**

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
.....
Miejsce zamieszkania

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że posiada aktualne orzeczenie

(imię i nazwisko ucznia)

o potrzebie kształcenia specjalnego o numerze z dnia wydane
przez

Orzeczenie wydane jest na okres

Rodzaj niepełnosprawności ucznia*):

- 1) niesłyszący,
- 2) słabosłyszący,
- 3) niewidomy,
- 4) słabowidzący,
- 5) niepełnosprawność ruchowa, w tym z afazją,
- 6) niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim,
- 7) niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym,

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego

Umowa nr..... /.....

w sprawie określenia zasad zwrotu kosztów przejazdu ucznia do szkoły/przedszkola/ ośrodka własnym środkiem transportu

zawarta w dniu r. pomiędzy Gminą Wymiarki reprezentowaną przez:

.....
przy kontrasygnacie:

.....
zwanym w dalszej części „Gminą”, a

Panem/nią

zam.

PESEL

zwanym w dalszej części „Wnioskodawcą”

§ 1

Pan/Pani*

imię i nazwisko

oświadcza, że:

- 1) dziecko jest objęte kształceniem specjalnym/zajęciami rewalidacyjno – wychowawczymi* w

.....
(pełna nazwa przedszkola, szkoły lub ośrodka)

- 2) zapewnia we własnym zakresie dowożenie oraz opiekę/ powierzył wykonanie transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu innemu podmiotowi na trasie z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka* i z powrotem - tj. z ul. w,

ulica, numer domu/lokalu

do przy ul. i z powrotem

nazwa placówki

ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość,

- 3) dowozi dziecko do przedszkola/szkoły/ośrodka* jadąc z miejsca zamieszkania i odbiera dziecko jadąc z miejsca zamieszkania* jadąc z miejsca zamieszkania i odbiera dziecko jadąc z miejsca zamieszkania i pokonując trasę przewozu rodzica z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy i z powrotem*

- 4) koszty dowożenia ponosi samodzielnie/wspólnie* z drugim rodzicem/opiekunem prawnym* i posiada jego upoważnienie do zawarcia niniejszej umowy*,

- 5) dowożenie odbywa się codziennie/okresowo* -

liczba dni w tygodniu/miesiącu

- w okresie trwania zajęć dydaktyczno - wychowawczych, z wyłączeniem okresów świąt, dni wolnych od zajęć dydaktyczno - wychowawczych i ferii szkolnych,

§4

Każda ze stron może wypowiedzieć niniejszą umowę z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia, które kończyć się będzie ostatniego dnia miesiąca.

§ 5

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 6

Spory wynikające z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w formie wzajemnych negocjacji.

§ 7

W sprawach nieunormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 8

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron.

§ 9

Niniejsza umowa oraz dane osobowe w zakresie imienia i nazwiska strony, z którą Gmina Wymiarki zawarła umowę, stanowią informację publiczną w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej i podlegają udostępnieniu na zasadach i w trybie określonych w ww. ustawie.

Gmina

rodzic/opiekun prawny*

**Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 0050.61.2023
Wójta Gminy Wymiarki z dnia 30.08.2023 r.**

.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

NA PODSTAWIE UMOWY z dnia Nr

ROZLICZENIE

kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego do szkoły/przedszkola/ośrodka prywatnym samochodem osobowym.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dziecko w miesiącu20..... r. było dowożone do placówki i z powrotem przez okres dni.

Koszt jednorazowego przewozu określony w umowie zł.

..... zł x dni =zł

Do zapłaty:zł.(słownie.....)

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

POTWIERDZENIE DYREKTORA PLACÓWKI

Potwierdzam liczbę dni dowożenia w/w dziecka do placówkii z powrotem w miesiącu20.....r.

.....
(podpis i pieczęć dyrektora placówki lub osoby przez niego upoważnionej)

**Załącznik nr 3a do Zarządzenia Nr 0050.61.2023
Wójta Gminy Wymiarki z dnia 30.08. 2023 r.**

.....
(nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego)

NA PODSTAWIE UMOWY z dniaNr

ROZLICZENIE

kosztów dojazdu organizowanego przez rodziców lub prawnych opiekunów na podstawie biletu miesięcznego ucznia oraz biletu jednorazowego opiekuna.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka niepełnosprawnego
i zapewniam dziecku dowóz oraz opiekę w drodze do placówki i z powrotem.
Oświadczam, że dziecko w miesiącu20..... r. było dowożone do placówki i z powrotem
przez okres dni.

Wymiarki, dnia

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

POTWIERDZENIE DYREKTORA PLACÓWKI

Potwierdzam liczbę dni dowożenia w/w dziecka do placówki z powrotem w miesiącu20.....r.

.....
(podpis i pieczęć dyrektora placówki)