

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania wnioskodawcy)

.....  
(PESEL)

.....  
(nr tel.)

### **WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU DZIECKA/UCZNIA\* REALIZUJĄCEGO OBOWIĄZEK SZKOLNY/PRZEDSZKOLNY**

Wnioskuje o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia do najbliższego publicznego przedszkola/szkoły,  
w obwodzie której mieszka.

#### **Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:**

1. Imię i nazwisko dziecka: .....

2. Data i miejsce urodzenia dziecka: .....

3. Adres zamieszkania dziecka: .....

4. Adres szkoły/przedszkola, do której będzie uczęszczać: .....

.....

5. Okres dowożenia do ww. jednostki:

od ..... do .....

6. Oświadczam, że odległość z miejsca zamieszkania dziecka do przedszkola/szkoły wynosi  
powyżej\*\*\*

3 km

4 km

\* niewłaściwe skreślić

\*\*\* właściwe zakreślić

Załącznik Nr 1  
do Zarządzenia Nr W.0050.71.2015  
Wójta Gminy Siedlce  
z dnia 14 grudnia 2015 roku

**Oświadczenia wnioskodawcy:**

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§1 i §6 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku dla celów związanych z organizacją dowozu uczniów zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r.. poz. 1182 z późn. zm.)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

\* niewłaściwe skreślić  
\*\*\* właściwe zakreślić