Załącznik Nr 1

**Wójt Gminy Gozdowo**

**WN I O S E K**

**O ORGANIZACJĘ BEZPŁATNEGO DOWOZU UCZNIA Z NIEPEŁNOSPARWNOŚCIĄ DO OŚRODKA W ROKU SZKOLNYM \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informacje dotyczące dziecka:**

* Czy dziecko porusza się na wózku inwalidzkim? tak **** nie ****
* Czy dziecko porusza się o kulach? tak **** nie ****
* Czy dziecko porusza się za pomocą balkonika? tak **** nie ****

Informacja o potrzebach i zachowaniu dziecka w czasie jazdy samochodem:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

**Dane niezbędne do rozpatrzenia wniosku:**

1. Nazwisko i imię dziecka:  
   ….............................................................................................................................................
2. Data i miejsce urodzenia dziecka:  
    …............................................................................................................................................
3. Adres zamieszkania dziecka (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość): ….............................................................................................................................................
4. Nazwa i adres placówki do której będzie uczęszczało dziecko (dokładny adres jednostki oświatowej/oddziału, klasa, do której będzie uczęszczał uczeń): …........................................................................................................................................................................................................................................................................................
5. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego, numer PESEL:  
   ….............................................................................................................................................
6. Adres zamieszkania rodzica/ opiekuna prawnego (kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania):  
   ….............................................................................................................................................
7. Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego:  
   ….............................................................................................................................................
8. Okres dowożenia do przedszkola/szkoły/ośrodka\*   
   od........................................... do........................................  
   *(data rozpoczęcia i zakończenia dowozu w danym roku szkolnym)*
9. Zobowiązuję się do informowania o wszelkich zmianach dotyczących miejsca zamieszkania, miejsca zatrudnienia lub adresu placówki, do której uczęszcza dziecko, itp.
10. Zobowiązuję się do powiadomienia w formie pisemnej o rezygnacji z dowozu dziecka do wyżej wymienionej szkoły/przedszkola/ośrodka w ciągu 7 dni od daty rezygnacji.
11. W załączeniu kopie dokumentów:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa dokumentu | Numer oraz data ważności |
| aktualne orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego |  |
| aktualne orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną |  |
| orzeczenie o niepełnosprawności |  |
| potwierdzenie przyjęcia/uczęszczania ucznia do placówki wydane przez dyrektora |  |

12. W przypadku braku wszystkich załączników do niniejszego wniosku rodzic/opiekun prawny

zobowiązuje się dostarczyć brakujące dokumenty w ciągu 7 dni od daty złożenia wniosku.

Oświadczam, że:

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2021, poz. 2345 z późn. zm.) oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.
2. zapoznałem/am się z Regulaminem dowozu dzieci i uczniów z niepełnosprawnością uczęszczających do przedszkoli, oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych, innych form wychowania przedszkolnego, szkół i ośrodków oraz zwrotu kosztów dowozu organizowanego przez rodziców, opiekunów prawnych.
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i dziecka/ucznia w celach związanych z organizacją dowozu dziecka/ucznia niepełnosprawnego do przedszkola/oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej/innej formy wychowania przedszkolnego/szkoły/ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego\* przez Urząd Gminy Gozdowo zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

Gozdowo, dnia ........................ ...............................................  
 *czytelny podpis wnioskodawcy*