

**Urząd Miejski w Łęczycy**Ul. M. Konopnickiej 14 99-100 Łęczyca
tel.24 721 03-00 www.leczyca.info.pl

Formularz Nr 1 – KP.23.1.

Nr wydania: 1

Obowiązuje od: 28.06.2012

.....
(imię i nazwisko)

Łęczyca, dnia

.....
(numer i seria dowodu osobistego).....
(adres zameldowania).....
(numer telefonu)**Burmistrz Miasta Łęczyca
ul. Konopnickiej 14
99-100 Łęczyca****WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU**Proszę o zwrot kosztów przejazdu mojego dziecka.....
/imię i nazwisko dziecka/ucznia szkoły
/nazwa i adres placówki/wraz z opiekunem środkami komunikacji
/imię i nazwisko opiekuna/

publicznej, w związku z orzeczoną niepełnosprawnością.

W załączeniu:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.
3. Zaświadczenie z właściwej placówki.

.....
/czytelny podpis opiekuna/