

**WNIOSEK O DOWÓZ DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO  
DO ZESPOŁU SZKÓŁ SPECJALNYCH NR 2 W ŁODZI  
W ROKU SZKOLNYM 20...../20....**

1. Imię i nazwisko dziecka ..... Oddział.....
2. Adres zamieszkania (ulica, miejscowość, kod pocztowy):

.....

Telefon kontaktowy rodzica / opiekuna prawnego: .....

3. Czy dziecko porusza się za pomocą wózka inwalidzkiego?

Nie

Tak

4. Okres świadczonego przejazdu: od ..... do .....

5. Uzasadnienie zgłoszenia wniosku zawierające informację dotyczącą dowozu

.....

.....

.....

Administratorem danych osobowych jest Zespół Szkół Specjalnych nr 2 w Łodzi. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych związanych ze zwrotem kosztów przejazdu. Posiada Pan/Pani prawo do dostępu i sprostowania danych oraz ograniczenia przetwarzania danych na zasadach określonych w rozporządzeniu 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Szczegółowa klauzula informacyjna jest dostępna w sekretariacie szkoły.

Łódź, dnia .....

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