

**Έντυπο για επίδομα μεταφορικών παιδιών με ειδικές ανάγκες**

Επαρχία: .....

Σχολείο που φοιτά το παιδί: .....

Όνομα μαθητή/τριας: .....

Ημερομηνία γέννησης: .....

Ειδική Μονάδα: .....

Σχολείο που κανονικά θα έπρεπε να φοιτήσει: .....

Όνομα γονέα/κηδεμόνα: .....

Αριθμός ταυτότητας γονέα/κηδεμόνα: .....

Διεύθυνση Κατοικίας: .....

Ταχ. Κώδικας: ..... Πόλη/Χωριό: .....

Τηλ. Οικίας: ..... Κινητό Τηλ.: .....

*(Όλα τα προσωπικά στοιχεία του γονέα/κηδεμόνα πρέπει να συνάδουν με τα στοιχεία που δηλώθηκαν την περσινή σχολική χρονιά.)*

Απόσταση κατοικίας από το σχολείο που φοιτά τώρα ο μαθητής/τρια: .....km (χιλιόμετρα)

**\*Συμπληρώνεται Υποχρεωτικά**

**(Να δηλωθεί η χιλιομετρική απόσταση της διαδρομής από την κατοικία στο σχολείο.)**

**Υπεύθυνη Δήλωση Γονέα/Κηδεμόνα**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλα τα πιο πάνω στοιχεία είναι αληθή και ορθά και ότι αναλαμβάνω την υποχρέωση να επιστρέψω στο κράτος οποιοδήποτε καταβληθέν ποσό, μετά από ψευδή μου δήλωση ή παράλειψη έγκαιρης ενημέρωσης του Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού σε περίπτωση αλλαγής διεύθυνσης.

Ημερομηνία: .....  
(Υπογραφή γονέα/κηδεμόνα)

**Βεβαίωση Διευθυντή/ντριας Σχολείου**

Έχω ελέγξει όλα τα πιο πάνω συμπληρωμένα στοιχεία και βεβαιώνω την εγκυρότητα και ορθότητά τους ή/και έχω τις πιο κάτω παρατηρήσεις (διαγράψετε ανάλογα):

.....  
.....  
.....

Ημερομηνία: .....  
(Υπογραφή Διευθυντή/ντριας)

Σφραγίδα σχολείου