

**UMOWA nr .....**  
**zwrotu kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego**  
**oraz jego rodzica do przedszkola, szkoły lub ośrodka – zapewnianego przez rodziców**  
**prywatnym samochodem osobowym/ powierzonego innemu podmiotowi**

zawarta dnia ..... r.

pomiędzy:

Gminą Iwierzycy w imieniu której działa Wójt Gminy – Ryszard Filipek,  
z siedzibą: Iwierzycy 80, 39-124 Iwierzycy,

a:

Panem/Panią\* .....  
imię i nazwisko

zamieszkałym/łą\* .....  
adres zamieszkania: ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość

będącym/ą\* rodzicem/opiekunem prawnym\* .....  
imię i nazwisko dziecka

PESEL ..... zamieszkałego/ej\* .....  
ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość

**§1**

Pan/Pani\* .....  
imię i nazwisko

oświadcza, że:

- 1) dziecko jest objęte kształceniem specjalnym/zajęciami rewalidacyjno – wychowawczymi\*

W .....  
pełna nazwa przedszkola, szkoły lub ośrodka

- 2) zapewnia we własnym zakresie dowożenie oraz opiekę/ powierzył wykonanie transportu i sprawowanie opieki w czasie przewozu innemu podmiotowi na trasie z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka\* i z powrotem - tj.

.....  
miejscowość, numer domu/lokalu

do: ..... adres: .....  
nazwa placówki ulica, numer domu/lokalu, kod pocztowy, miejscowość

i z powrotem,

- 3) - dowozi dziecko do przedszkola/szkoły/ośrodka\* jadąc do pracy i odbiera dziecko wracając z pracy\*  
- dowozi dziecko jadąc z miejsca zamieszkania i odbiera dziecko jadąc z miejsca zamieszkania\*.

- 4) koszty dowożenia ponosi samodzielnie/wspólnie\* z drugim rodzicem i posiada jego upoważnienie do zawarcia niniejszej umowy\*,

\* - niepotrzebne skreślić

5) dowożenie odbywa się codziennie/okresowo\* - .....,  
liczba dni w tygodniu/miesiącu

- w okresie trwania zajęć dydaktyczno - wychowawczych, z wyłączeniem okresów świąt,  
dni wolnych od zajęć dydaktyczno - wychowawczych i ferii szkolnych,

6) - dowożenie realizowane jest samochodem osobowym .....,  
marka, model samochodu

rok produkcji ....., o pojemności silnika .....cm<sup>3</sup>, którego jest  
właścicielem/współwłaścicielem/użytkownikiem\* i posiada zgodę współwłaściciela  
/upoważnienie właściciela\* do użytkowania ww. samochodu w celu zapewnienia  
dowożenia dziecka, \*

lub:

- dowożenie realizowane jest samochodem osobowym .....,  
marka, model samochodu

rok produkcji ....., o pojemności silnika .....cm<sup>3</sup>,, który należy do  
podmiotu, któremu powierzył wykonanie transportu i opiekę w czasie dowozu, \*

7) rodzice/opiekunowie prawni\* nie uzyskują zwrotu lub dofinansowania kosztów  
dowożenia dziecka ze źródeł innych niż przewiduje niniejsza umowa,

8) w czasie dowożenia bierze odpowiedzialność za dziecko, a także za ewentualne szkody  
wynikające z wypadków lub wszelkiego rodzaju zdarzeń.

## §2

Strony uzgadniają, że:

1) niniejsza umowa dotyczy zwrotu kosztów przejazdu .....,  
imię i nazwisko dziecka

oraz opiekuna na najkrótszej trasie z miejsca zamieszkania do

..... W .....,  
nazwa placówki, w której dziecko realizuje kształcenie miejscowość

– zapewnianego przez rodziców dziecka samochodem osobowym,

2) najkrótsza droga przejazdu z miejsca zamieszkania dziecka do przedszkola/  
szkoły/ośrodka\* wynosi ..... km i z powrotem wynosi .....km,

3) stawka dzienna zwrotu kosztów objętych niniejszą umową wynosi ..... zł,

4) zwrot kosztów następował będzie po upływie miesięcznych okresów rozliczeniowych,  
począwszy od .....,

5) kwota zwrotu kosztów przejazdu wyliczana będzie jako iloczyn stawki dziennej i liczby dni  
faktycznego dowozu w okresie rozliczeniowym,

6) za dni nieobecności dziecka/ucznia\* w przedszkolu/szkole/ośrodku\* zwrot kosztów nie  
przysługuje,

7) rozliczenie następowało będzie w terminie 14 dni od daty dostarczenia przez  
rodzica/opiekuna prawnego\* „Deklaracji o organizowaniu przejazdu dziecka  
niepełnosprawnego i opiekuna do przedszkola/ szkoły/ośrodka\*, której wzór stanowi  
załącznik nr 1 do niniejszej umowy,

8) deklaracja dotycząca danego okresu rozliczeniowego dostarczana będzie do Urzędu  
Gminy Iwierzycy nie później niż 10 dni po upływie okresu rozliczeniowego,

\* - niepotrzebne skreślić

9) wypłata zwrotu kosztów objętych niniejszą umową dokonywana będzie na rachunek bankowy Pana/Pani/Państwa\* .....,

.....  
imię/imiona i nazwisko/a rodziców/opiekunów prawnych

nr .....  
numer rachunku bankowego

### § 3

Umowę zawiera się na czas określony - od dnia ..... r. do dnia ..... czerwca ..... r.

### § 4

Każda ze stron może wypowiedzieć niniejszą umowę z zachowaniem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia, które kończyć się będzie ostatniego dnia miesiąca.

### § 5

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

### § 6

Spory wynikające z realizacji niniejszej umowy rozstrzygane będą w formie wzajemnych negocjacji.

### § 7

W sprawach nieunormowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

### § 8

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach - po jednym dla każdej ze stron.

### § 9

Niniejsza umowa oraz dane osobowe w zakresie imienia i nazwiska strony, z którą Gmina Iwierzycze zawarła umowę, stanowią informację publiczną w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej i podlegają udostępnieniu na zasadach i w trybie określonych w ww. ustawie.

---

Wójt Gminy Iwierzycze

---

Rodzic/opiekun prawny\*

\* - niepotrzebne skreślić

.....  
 (imię i nazwisko opiekuna)

....., dnia .....

.....  
 (adres zamieszkania rodzica/opiekuna)

.....  
 (imię i nazwisko ucznia)

.....  
 (PESEL ucznia)

### Wniosek o zwrot kosztów dowozu samochodem osobowym ucznia niepełnosprawnego oraz jego rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego do szkoły (ośrodka)

Przedkładam rachunek za przejazdy ucznia .....  
 (imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

w okresie od ..... do ..... z miejsca zamieszkania,

tj. z miejscowości ..... do .....

( adres miejsca zamieszkania)

( nazwa szkoły lub ośrodka)

#### Rozliczenie

1) Liczba dni obecności w szkole/ośrodku w rozliczanym okresie: .....

2) Stawka dzienna zwrotu kosztów objętych umową: ..... zł

#### Koszt dowozu:

liczba dni obecności w szkole/ośrodku ..... x stawka dzienna zwrotu kosztów .....zł = .....zł

(kwota słownie: .....) .....

.....  
 (data, podpis opiekuna)

---

WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/OŚRODKA LUB OSOBA UPOWAŻNIONA

.....  
 ( Pieczęć szkoły lub ośrodka)

#### Poświadczenie dyrektora placówki do której uczęszcza uczeń

Potwierdzam liczbę ..... dni obecności dziecka/ucznia\* .....  
 imię i nazwisko dziecka/ucznia

w przedszkolu/szkole/ośrodku\* w miesiącu ....., ..... r.

W tym czasie dziecko nie korzystało/korzystało z ..... dni\* całodobowego zakwaterowania w internacie/grupie wychowawczej placówki.

.....  
 (data, podpis i pieczęć dyrektora szkoły/ośrodka  
 lub osoby upoważnionej)

\* - niepotrzebne skreślić