

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

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

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(PESEL ucznia)

....., dnia

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

Przedkładam rachunek za przewóz ucznia

(imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

w okresie od do

z miejsca zamieszkania w 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 kosztówzł =zł

(kwota słownie:))

Nr konta bankowego:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

.....
(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