

.....
imię i nazwisko rodzica , opiekuna

.....,
miejscowość data

.....
imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego

.....
adres zamieszkania

**Rozliczenie
zwrotu kosztów dowożenia ucznia niepełnosprawnego**

Przedkładam rozliczenie kosztów dowożenia dziecka do przedszkola/szkoły/ośrodka
własnym środkiem transportu / publicznym środkiem transportu * zgodnie z umową
w okresie od do z miejsca zamieszkania,

do
(nazwa szkoły lub ośrodka)

*nie właściwe skreślić

.....
podpis opiekuna

.....
pieczęć placówki

.....,
miejscowość data

POTWIERDZENIE OBECNOŚCI DZIECKA/UCZNIA
wypełnia dyrektor przedszkola/szkoły/ośrodka

Potwierdzam obecności dziecka/ucznia

.....

imię i nazwisko dziecka/ucznia

w przedszkolu/szkole/ośrodku* w okresie od do

liczba dni

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

.....
podpis i pieczęć dyrektora

Rozliczenie :

1. Liczba dni dowozu:.....
2. Stawka dzienna wynikająca z umowy (dla dowozu własnym środkiem transportu).
3. Okresowe lub dzienne (w uzasadnionym przypadku) bilety dziecka i opiekuna w załączeniu (dla dowozu publicznym środkiem transportu), łączna wartość

Razem za miesiąc kwotasłownie

Zatwierdzam do przelania na konto bankowe Opiekuna kwotę: zł.

(kwota słownie :zł

nazwa banku i nr rachunku

.....
Sporządziła

.....
Podpis osoby zatwierdzającej