

....., dnia

.....
(nazwisko i imię rodzica lub opiekuna)

.....
(adres)

.....
(imię i nazwisko dziecka niepełnosprawnego)

**R a c h u n e k rodzica/opiekuna prawnego
o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego i opiekuna
do przedszkola/szkoły/ośrodka prywatnym samochodem osobowym**

Przedkładam rachunek za przejazdy ucznia
(imię i nazwisko ucznia

niepełnosprawnego)

w okresie od do z miejsca zamieszkania,
tj. z miejscowości..... do,
(miejsce zamieszkania) (miejscowość, w której znajduje się
przedszkole/szkoła/ośrodek)

w tym:

1. Liczba przejazdów samochodem w w/w okresie wynosiła
Przejazdy odbywały się w dniach.....
2. Numer konta bankowego:

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)

Potwierdzenie przez przedszkole/szkołę/ośrodek

W miesiącu dziecko było obecne w przedszkolu/szkole/ośrodku w
następujących dniach

.....
(podpis i pieczęć przedszkola/szkoły/ośrodka)

R o z l i c z e n i e

1. $2 * \text{liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/ośrodka} * \text{koszt przejazdu za jeden km} * \text{liczba przejazdów} = \dots\dots\dots \text{zł.}$

Zatwierdzam do wypłaty kwotę zł
(słownie złotych)

.....
(data i podpis Dyrektora szkoły)