

*Załącznik do umowy Nr z dnia
określającej zasady zwrotu kosztów przejazdu dziecka/ucznia
niepełnosprawnego i opiekuna do szkoły*

samochodem pozostającym w dyspozycji opiekunów

....., dnia
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres zamieszkania opiekuna)

**Wniosek o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i opiekuna do
szkoły samochodem pozostającym w dyspozycji opiekunów**

Przedkładam wniosek o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego

.....
(imię i nazwisko dziecka/ucznia niepełnosprawnego)
i opiekuna do szkoły samochodem pozostającym w dyspozycji opiekunów za przejazdy

w miesiącu 20 roku z miejsca zamieszkania, tj. z miejscowości

..... do
(miejsce zamieszkania) (nazwa szkoły lub ośrodka)

Dziecko/uczeń był/o dowożony/ne przeze mnie samochodem pozostającym w mojej
dyspozycji. Łączna liczba dni dowożenia w ww. miesiącu wynosiła:

.....
(data i podpis opiekuna)

WYPEŁNIA OPIEKUN

.....
(Pieczęć szkoły)

Potwierdzenie obecności dziecka/ucznia w szkole

Zaświadczam, że
(imię i nazwisko dziecka/ucznia niepełnosprawnego)

uczęszczał/a przez dni w miesiącu 20 roku do szkoły.

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

WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/OSOBA UPOWAŻNIONA, DO KTÓREJ UCZĘSZCZA DZIECKO/UCZEŃ