………..………………., dnia ………………... (miejscowość, data)

………………………………………………………………

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

………………………………………………………………

………………………………………………………………

(adres zamieszkania rodzica/opiekuna)

……………………………………………………………...

(imię i nazwisko ucznia)

……………………………………………………………

(adres zamieszkania ucznia)

**ROZLICZENIE**

**zwrotu kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego oraz jego Rodzica/Opiekuna do przedszkola, szkoły lub ośrodka prywatnym samochodem osobowym**

zgodnie z umową Nr …......................... z dnia …........................ za miesiąc …........................20... r.

Przedkładam rozliczenie za przejazd ucznia …....................................................................................

do placówki ….....................................................................................................................................

w okresie od ….................................... do …..................................................

Wysokość jednorazowego przewozu objętego umową ( § 3 ust. 3 umowy) wynosi ….................... zł

**x** liczba dni faktycznego dowozu w okresie rozliczeniowym ….......................................................

Kwota zwrotu wynosi:........................................ zł.

(słownie: …...........................................................................................................................................)

Proszę o dokonanie wpłaty na podany niżej rachunek bankowy:

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

**…....................................................................................**

**(podpis rodzica)**

………………………………………………………………

(Pieczęć placówki)

**WYPEŁNIA DYREKTOR PLACÓWKI LUB OSOBA UPOWAŻNIONA**

Potwierdzam liczbę ……… dni obecności w placówce dziecka / ucznia ……………………………………

w niżej wymienionym okresie tj. od ........……………………..….............. do ……………..…………….….

…………….……………….………………….….……………………………………..

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

**WYPEŁNIA REFERAT OŚWIATY I SPORTU**

Zatwierdzam do przelania na rachunek bankowy Rodzica/Opiekuna ………………………..zł

(kwota słownie):

…………………………………………………………………………………………………............

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................………………………………...........…………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..

Sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym.

………..…………………………………………….

**(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej)**