

Załącznik do Umowy Nr
określającej zasady zwrotu kosztów
przejazdu ucznia niepełnosprawnego
jego rodziców, opiekunów lub opiekunów
prawnych do szkoły lub ośrodka
środkami komunikacji publicznej

....., dnia

(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres zamieszkania rodzica, opiekuna, opiekuna prawnego)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(PESEL ucznia)

**Rachunek o zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego oraz jego
rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego do szkoły (ośrodka) środkami komunikacji
publicznej**

Przedkładam rozliczenie kosztów dojazdu środkami komunikacji publicznej

ucznia

(imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

oraz Opiekuna

(imię i nazwisko Opiekuna dziecka niepełnosprawnego)

w okresie od do z miejsca zamieszkania,
tj. z miejscowości do

(miejsce zamieszkania)

(nazwa szkoły lub ośrodka)

Należność wynikająca z zakupu biletów miesięcznych

wynosi:zł

(kwota słownie:.....)

Należność wynikająca z zakupu biletów jednorazowych wynosi:

.....zł

(kwota słownie:.....)

.....

.....
(data, podpis opiekuna)

WYPEŁNIA URZĄD

Rozliczenie

Wartość biletów miesięcznych wynosi:.....zł

Wartość biletów jednorazowych wynosi:zł

Zatwierdzam do przelania na konto bankowe Opiekuna kwotę:

.....zł

(kwota słownie:)

.....
(sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym)

.....
(data, podpis i pieczęć)