

Załącznik do Umowy Nr .....  
określającej zasady zwrotu kosztów  
przejazdu ucznia niepełnosprawnego  
jego rodziców, opiekunów lub opiekunów  
prawnych do szkoły lub ośrodka prywatnym  
samochodem osobowym

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

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

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

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(PESEL ucznia)

**Rachunek o zwrot kosztów przejazdu samochodem osobowym ucznia niepełnosprawnego oraz jego rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego do szkoły (ośrodka)**

Przedkładam rachunek za przejazdy ucznia .....

(imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

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

tj. z miejscowości ..... do .....

(miejsce zamieszkania)

(nazwa szkoły lub ośrodka)

**Rozliczenie**

Odległość z miejsca zamieszkania do szkoły/ośrodka .....km\*2\*stawka za km

przebiegu .....zł/km \* liczba dni obecności w szkole/ośrodku .....

= .....zł

(kwota słownie: .....)

WYPEŁNIA OPIEKUN

.....  
(data, podpis opiekuna)

.....  
(Pieczęć szkoły lub ośrodka)

**Poświadczenie dyrektora szkoły/ośrodka do której/którego uczęszcza uczeń**

Liczba dni obecności w szkole/ośrodku .....w wyżej wymienionym okresie.

.....  
**WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/OŚRODKA LUB OSOBA UPOWAŻNIONA**

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

**WYPEŁNIA URZĄD**

Zatwierdzam do przelania na konto bankowe opiekuna kwotę:

.....zł

(kwota słownie: .....)

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

.....  
(data, podpis i pieczęć)