

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

.....
i opiekuna

(imię i nazwisko dziecka/ucznia niepełnosprawnego)

do szkoły
samochodem

(nazwa szkoły lub ośrodka)

pozostającym w dyspozycji opiekunów w miesiącu 20 roku.

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

Zaświadcza się, 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 UCZESZCZA DZIECKO/UCZEŃ
