

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....
(adres zamieszkania rodzica)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

RACHUNEK ZWROTU KOSZTÓW DOWOZU DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO

1. Na podstawie umowy z dnia –przedkładam rozliczenie kosztów dowozu córki/syna za miesiąc
2. Liczba dni w których dokonywany był dowóz
3. Należność za powyższe należy przekazać na moje konto bankowe :

.....
(numer rachunku i nazwa banku)

.....
(data i podpis rodzica/opiekuna)

Wypełnia dyrektor lub osoba upoważniona:

Potwierdzenie obecności dziecka w placówce przez dyrektora szkoły lub upoważnioną osobę:

Potwierdzam liczbę dni obecności w

.....
(nazwa przedszkola/szkoły/placówki/ ośrodka terapeutycznego)

w wyżej wymienionym okresie.

.....
(data, miejscowość)

.....
(podpis dyrektora lub osoby upoważnionej)

Rozliczenie miesięczne dowozu dziecka niepełnosprawnego
(uzupełnia pracownik Urzędu Miejskiego w Zabłudowie)

1. Koszt jednorazowy dowozu wskazany w § 3 pkt 2 umowy :

..... km x zł/1 km = zł

2. Dowóz dzienny do placówki:
3. Ilość dziennych przewozów w miesiącu.....
4. Należność do wypłaty
5. Do wypłaty słownie:

.....

.

.....

(data i podpis pracownika rozliczającego koszty)