

**Załącznik do umowy Nr z dnia
określającej zasady zwrotu kosztów przejazdu dziecka/ucznia
niepełnosprawnego i opiekuna do szkoły środkami
komunikacji publicznej**

....., dnia

(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres zamieszkania opiekuna)

**Wniosek o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego i opiekuna do szkoły
środkami komunikacji publicznej**

Przedkładam wniosek o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego

..... i opiekuna
(imię i nazwisko dziecka/ucznia niepełnosprawnego)

do szkoły (nazwa szkoły
lub ośrodka) środkami komunikacji publicznej w miesiącu 20
roku.

Dziecko/uczeń był/o dowożony/ne środkami komunikacji publicznej.

Łączna liczba dni dowożenia w ww. miesiącu wynosiła:

.....
(data i podpis opiekuna)

WYPEŁNIA OPIEKUN

Potwierdzenie obecności dziecka/ucznia

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)