Załącznik nr 1 do umowy …………….

o zwrot kosztów dowozu ucznia

do szkoły/ośrodka

…………………………………,dnia…………………

………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko Opiekuna)

………………………………………………………………….

 (adres zamieszkania Opiekuna)

………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko 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………………………………………………………….

Na trasie ………………………………………………………….. …………………………………………………………

 (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 i podpis Opiekuna)

………………………………………………………….

 (pieczęć szkoły lub ośrodka)

**POŚWIADCZENIE DYREKTORA SZKOŁY/OŚRODKA DO KTÓREJ UCZĘSZCZA UCZEŃ**

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

………………………………………………………….

 (data, podpis i pieczęć dyrektor szkoły/ośrodka

 lub osoby upoważnionej)

**ROZLICZENIE**

Wartość biletów miesięcznych wynosi ………………………………………………………………zł

Wartość biletów jednorazowych wynosi …………………………………………………………..zł

Zatwierdzam do wypłaty kwotę …………………………………………………………………………zł

(kwota słownie ……………………………………………………………………………………………………)

Ustronie Morskie, dnia …………………………………………..

 …………………………………………………………….

 (podpis i pieczęć osoby dokonującej rozliczenia

 w imieniu Zleceniodawcy)