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)