*Załącznik nr1 do Umowy*

...............................................................

( imię i nazwisko opiekuna)

...............................................................

(adres zamieszkania rodzica/opiekuna)

...............................................................

(imię i nazwisko ucznia)

.................................., dnia .........................

**Wniosek o zwrot kosztów dowozu samochodem osobowym ucznia niepełnosprawnego oraz jego rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego do szkoły (ośrodka)**

Przedkładam rachunek za przejazdy ucznia .........................................................................................

 (imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

w okresie od 1 stycznia 2023r. do 31 stycznia 2023r. z miejsca zamieszkania,

tj. z miejscowości ............................................ do ..............................................................................

 ( adres miejsca zamieszkania) ( nazwa szkoły lub ośrodka)

**Rozliczenie**

Liczba dni obecności w szkole/ośrodku w rozliczanym okresie:

1. 1 - 15 stycznia 2023r. …………… - stawka dzienna zwrotu kosztów objętych umową: ……………… zł
2. 16 - 31 stycznia 2023r. ……………- stawka dzienna zwrotu kosztów objętych aneksem: ……………… zł

**Koszt dowozu**:

liczba dni obecności w szkole/ośrodku:

1. 1 - 15 stycznia 2023r. .......... x stawka dzienna zwrotu kosztów ……... zł = .....................zł
2. 16 - 31 stycznia 2023r. ……..… x stawka dzienna zwrotu kosztów ……… zł = .....................zł

Razem za okres 1 – 31 stycznia (suma kwot z poz. a) i b)): ………….. zł

(kwota słownie: ......................................................................................................................................................)

..............................................................

 (data, podpis opiekuna)

***WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/OŚRODKA LUB OSOBA UPOWAŻNIONA***

............................................................

 ( Pieczęć szkoły lub ośrodka)

**Poświadczenie dyrektora placówki do której uczęszcza uczeń**

Potwierdzam liczbę

1) …… dni obecności dziecka/ucznia\* w okresie 1 - 15 stycznia 2023r.

2) …… dni obecności dziecka/ucznia\* w okresie 16 - 31 stycznia 2023r.

……………………..………………………………….…………….……

 imię i nazwisko dziecka/ucznia

w przedszkolu/szkole/ośrodku\* w miesiącu styczniu 2023r.

W tym czasie dziecko nie korzystało/korzystało z …….… dni\* całodobowego zakwaterowania w internacie/grupie wychowawczej placówki.

............................................................................

(data, podpis i pieczęć dyrektora szkoły/ośrodka
lub osoby upoważnionej)