*Załącznik nr1 do Umowy*

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

( imię i nazwisko opiekuna)

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

(adres zamieszkania rodzica/opiekuna)

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

(imię i nazwisko ucznia)

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

(PESEL ucznia)

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

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

Przedkładam rachunek za przewóz ucznia .........................................................................................

 (imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

w okresie od ..................................... do ....................................

z miejsca zamieszkania w miejscowości ............................................ do ....................................................................

  ( adres miejsca zamieszkania) ( nazwa szkoły lub ośrodka)

**Rozliczenie**

1. Liczba dni obecności w szkole/ośrodku w rozliczanym okresie: .................
2. Stawka dzienna zwrotu kosztów objętych umową: ……………… zł

**Koszt dowozu**:

liczba dni obecności w szkole/ośrodku\* .......... x stawka dzienna zwrotu kosztów ……………….zł = ......................zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Nr konta bankowego:

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

 (data, podpis opiekuna)

*WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/OŚRODKA\* LUB OSOBA UPOWAŻNION****A***

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

 ( Pieczęć szkoły lub ośrodka)

**Poświadczenie dyrektora placówki do której uczęszcza uczeń**

Potwierdzam liczbę ……… dni obecności dziecka/ucznia\* …………………………….…………….……

  imię i nazwisko dziecka/ucznia

w przedszkolu/szkole/ośrodku\* w miesiącu …………..……, ………... r.

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)