Załącznik A do umowy

………………………………….. …………………………., dnia…..……………….

*imię i nazwisko wnioskodawcy*

…………………………………….

*adres*

…………………………………….

*telefon*

**Rachunek**

**dla Gminy Sobótka**

**(zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego**

**zgodnie z umową nr………………z dnia …………..**

**za miesiąc …………….. 20…..r.)**

Dzienna liczba kilometrów\*………………. x 0,83 zł za 1 km x ……..……… dni nauki w szkole

………………………………………………………………………………………………….............

*(nazwa przedszkola, szkoły, ośrodka)*

dziecka……………………………………….…........................................ wynosi ………………....zł

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

Proszę o dokonanie wpłaty na konto Nr…………………………………………………………………

w Banku…………………………………………………………………………………………………..

…….………………………..

*(podpis rodzica/opiekuna)*

*\*należy wpisać czterokrotną liczbę kilometrów na trasie od miejsca zamieszkania do szkoły/przedszkola/ośrodka*

……………………………………………. ……………………………., dnia……………………...

*(pieczątka placówki oświatowej)*

**ZAŚWIADCZENIE**

Dyrektor…………………………………………………………………….…………………...

w………………………... na podstawie dziennika lekcyjnego potwierdza, że uczeń/uczennica

…………………………………………… klasy………….. uczęszczał/uczęszczała na zajęcia

dydaktyczne …………. dni w miesiącu ……………….20…….. r.

……………………………….

(*dyrektor placówki)*