

....., 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..... wynosizł
(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

.....
(pieczęć placówki oświatowej)

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

ZAŚWIADCZENIE

Dyrektor.....
w..... na podstawie dziennika lekcyjnego potwierdza, że uczeń/uczennica
..... klasy..... uczęszczał/uczęszczała na zajęcia
dydaktyczne dni w miesiącu20..... r.

.....
(dyrektor placówki)