

....., dnia.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres

.....
telefon

**Rachunek
dla Gminy Sobótka
(zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego
zgodnie z umową nr.....z dnia
za okres IX - XII 2019 r. / I – VI 2020 r.) (niepotrzebne skreślić)**

Tygodniowa liczba kilometrów* x 0,83 zł za 1 km x tygodni pobytu w internacie ośrodka
(nazwa 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 ośrodka

....., dnia.....
(pieczętka placówki oświatowej)

ZAŚWIADCZENIE

Dyrektor.....
w..... potwierdza, że uczeń/uczennica
klasy..... w okresie od do
przebywał/a w internacie naszej placówki tygodni i uczęszczał/a na zajęcia
dydaktyczne w

.....
(dyrektor placówki)