Załącznik NR 2

………………………………….. …………..

 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

……………………………………………….

 (adres)

……………………………………………….

 (Telefon)

**Rozliczenie**

**zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego środkami komunikacji publicznej**

**za miesiąc ……………..…... 20…..r.**

Na podstawie umowy………………………………..….. r. przedkładam rozliczenie kosztów dojazdu zorganizowanego przez rodziców/opiekunów/opiekunów prawnych środkami komunikacji publicznej ucznia niepełnosprawnego …………………………………..………...

 ( Imię i nazwisko ucznia)

do przedszkola/szkoły/ośrodka\*…………………………………………………………...…

 (nazwa i adres placówki)

za okres …………………………… .

**□** Należność wynikająca z zakupu biletu miesięcznego wynosi……………………………..

W załączeniu przedkładam imienny bilet miesięczny.

**□** Należność wynikająca z zakupu biletów jednorazowych wynosi …………………………..

W załączeniu przedkładam fakturę za zakup biletów/bilety jednorazowe\*

 ……………………………………………………………………….

 ( data i podpis rodzica/opiekuna składającego rozliczenie)

٭niepotrzebne skreślić