Załącznik NR 1

………………………………….. …………..

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

……………………………………………….

(adres)

……………………………………………….

(Telefon)

**Rozliczenie**

**zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego własnym samochodem**

**za miesiąc ………..…….... 20…..r.**

Zgodnie z umową nr ………..……………...….. z dnia ………..….. w miesiącu …………….. zapewniałem/łam\* na własny koszt dowożenie i opiekę w trakcie przejazdu …………………………………………….…: \*\*

(imię i nazwisko dziecka)

**□** Dzienna liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do przedszkola/ szkoły/placówki\* (dwukrotność przejazdów) ………………… *km ……………(ilość dni)*

**□**  Dzienna liczba kilometrów z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły/placówki\* (czterokrotność przejazdów) *…..……....km ……………….. (ilość dni)*

*Poniższe należy wypełnić, jeśli dowóz dziecka odbywa się na trasie przejazdu rodzica/prawnego opiekuna do miejsca pracy.*

**□** Dzienna liczba kilometrów z przedszkola/szkoły/placówki\* do miejsca pracy rodzica (dwukrotność przejazdów)*\*\*\*….............…km …………….. (ilość dni)*

Liczba dni faktycznego dowozu w miesiącu ………………… wynosiła ……..…

*Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym*

…………………………………………

(podpis rodzica/opiekuna prawnego

\**niepotrzebne skreślić*

\*\**zaznaczyć „X” właściwe*

\*\*\**należy wypełnić, jeśli dowóz dziecka odbywa się na trasie przejazdu rodzica/prawnego opiekuna do miejsca pracy.*