

.....  
(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.