

Ożarów, dnia .....

.....  
(nazwisko i imię opiekuna)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(Nr umowy, dzień zawarcia)

**Rozliczenie kosztów przewozu dziecka niepełnosprawnego oraz jego opiekuna z miejsca zamieszkania do przedszkola / szkoły / ośrodka umożliwiającego realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki**

Przedkładam rozliczenie kosztów przewozu niepełnosprawnego dziecka

..... oraz opiekuna.....

(nazwisko i imię)

(nazwisko i imię opiekuna)

w okresie od ..... do .....,

z miejsca zamieszkania .....  
(adres zamieszkania)

do .....  
(nazwa przedszkola/szkoły/ośrodka\*)

Należność wynikająca z § 3 ust. 4 Umowy Nr ..... z dnia .....

(zwanej dalej Umową) wynosi:.....zł.

(słownie:.....).

Wskazaną kwotę proszę przekazać na rachunek bankowy

.....  
(nazwa banku, nr rachunku)

W załączeniu przedkładam pisemne potwierdzenie obecności dziecka w placówce,  
o którym mowa w § 3 ust. 5 Umowy.

.....  
(data, podpis rodzica dziecka)

Adnotacje Dyrektora Centrum Obsługi Szkół i Przedszkoli:

Zatwierdzam do wypłaty kwotę:.....zł,

(słownie.....)

.....  
(data, podpis i pieczęć )

....., dnia.....  
 (miejscowość) ( data)

## Potwierdzenie obecności dziecka w placówce

za miesiąc ..... rok.....  
 (wpisać słownie)

.....  
 (imię i nazwisko dziecka)

Data: dzień/miesiąc	Obecna/y*	Nieobecna/y**

.....  
 (pieczęć i podpis pracownika placówki)

\*wstawić znak „+”

\*\*wstawić znak „-”