

Załącznik do umowy Nr ...../20....

z dnia .....

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

.....  
(imię i nazwisko rodzica)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(PESEL ucznia)

## Wniosek

o zwrot kosztów przejazdu samochodem osobowym ucznia niepełnosprawnego oraz jego rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego \* do szkoły lub ośrodka.

### WYPEŁNIA OPIEKUN

Przedkładam wniosek za przejazdy ucznia .....  
(imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

W okresie od ..... do ..... z miejsca zamieszkania, tj. z  
miejscowości ..... do .....  
(miejsce zamieszkania) (nazwa szkoły lub ośrodka)

---

## Rozliczenie

### WYPEŁNIA OPIEKUN

Odległość z miejsca zamieszkania do szkoły lub ośrodka ..... km x 2 x stawka za km  
przebiegu ..... zł/km x liczba dni obecności w szkole lub ośrodku .....  
= ..... zł

Kwota słownie: .....  
.....

.....  
(data, podpis opiekuna)

---

.....  
(Pieczęć szkoły lub ośrodka)

**Poświadczenie dyrektora szkoły lub ośrodka do którego uczęszcza uczeń.**

Liczba dni obecności w szkole lub ośrodku w miesiącu ..... 20..... r.

Data, podpis i pieczęć dyrektora szkoły lub ośrodka .....

---

Zatwierdzam do wypłaty kwotę (słownie): .....

.....  
.....

.....  
(data i podpis osoby zatwierdzającej)

---