............................................................

*(pieczęć placówki oświatowej)*

**POŚWIADCZENIE Z PLACÓWKI OŚWIATOWEJ, DO KTÓREGO UCZĘSZCZA UCZEŃ**

**Liczba dni, w których uczeń został dowieziony do placówki oświatowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dzień tygodnia i data** | **Podpis wychowawcy** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………………………………… ………………………………….

*(imię i nazwisko* rodzica, opiekuna, opiekuna prawnego)

…………………………………………………………………..

*(adres zamieszkania )*

…………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko ucznia)*

…………………………………………………………………..

(PESEL ucznia)

**RACHUNEK**

*o zwrot kosztów przejazdu samochodem osobowym ucznia niepełnosprawnego oraz jego opiekuna do placówki oświatowej*

Przedkładam rachunek za przejazdy ucznia …………………………………………………

*(imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)*

w okresie od ..................................do .....................................z miejscowości ………………….

do ………………………………………………… w …………………………………………

Rozliczenie z miejsca zamieszkania do placówki oświatowej 75 zł ryczałt za 1 tydzień.

Uczeń był dowożony przeze mnie samochodem prywatnym. Liczba przejazdów na trasie dom-placówka oświatowa, ww. okresie wynosiła………………..

……………………

(data i podpis rodzica)