Załącznik nr 3

 dnia…………………………….

(dane adresowe wnioskodawcy)

………………………………………………………………..

Rachunek

dla Gminy Sobótka, Rynek 1, 55-050 Sobótka

zwrot kosztów przejazdów ucznia niepełnosprawnego

zgodnie z umową nr…………….. z dnia…………………..

za m-c 20.... r.

( system dzienny )

wraz z zaświadczeniem potwierdzającym **liczbę dni** pobytu ucznia w szkole

Dzienna liczba kilometrów\* x 0,83 zł. za 1 km x dni nauki w szkole

 (wpisać nazwę szkoły)

córki/syna = zł. (słownie: …………

Proszę o dokonanie wpłaty na konto Nr ……………………………………………………………

w Banku …………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………….

(podpis rodzica/opiekuna)

\*należy wpisać czterokrotną liczbę kilometrów na trasie: miejsce zamieszkania - szkoła/przedszkole/ośrodek

 , dnia

(pieczątka placówki oświatowej)

Zaświadczenie

Dyrektor …………………………………… w …………………………………. na podstawie dziennika lekcyjnego

potwierdza, że ……………………………………… uczeń/uczennica …... kl. …….. uczęszczał/uczęszczała **dni w miesiącu** 20.... r. na zajęcia dydaktyczne

w……

 ( wpisać typ szkoły)

…………………………………………………………

(dyrektor placówki)