

.....

(pieczęć przedszkola/szkoły/ośrodka)

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że

(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

jest uczniem/wychowankiem

.....

Potwierdza się, że dziecko/uczeń uczęszczał/o do placówki w miesiącuprzezdni

.....

(miejsowość, data)

.....

(pieczęćka i podpis osoby upoważnionej)

RACHUNEK
O ZWROT KOSZTÓW PRZEWOZU I OPIEKI DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO
DO PRZEDSZKOLA/SZKOŁY/PLACÓWKI

Przedkładam rachunek za przewóz ucznia/dziecka

(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

z miejsca zamieszkania tj. z miejscowości

do W

w okresie od do

Odległości od miejsca zamieszkania do placówki wynosi

.....

data i podpis rodzica / opiekuna

Rozliczenie

Odległość od miejsca zamieszkania do szkoły/ośrodka:km x stawka zł/km
x liczba dnix 4 przejazdy dziennie =zł

Zatwierdzam do wypłaty kwotęzł.

Słownie:

Wielopole Skrzyńskie, dnia