Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 174.2017 Wójta Gminy Grębocice z dnia 14.09.2017r.

 .........................................., dnia ..........................

 (miejscowość) ( data)

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

 ( imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego)

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

 (adres zamieszkania rodzica, opiekuna, opiekuna prawnego)

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

 (imię i nazwisko ucznia)

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

 (PESEL ucznia)

Rachunek

**o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia niepełnosprawnego oraz jego
rodzica/ opiekuna prawnego do przedszkola/szkoły/ośrodka środkami komunikacji publicznej**

Przedkładam rozliczenie kosztów dojazdu środkami komunikacji publicznej ucznia

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

(imię i nazwisko ucznia niepełnosprawnego)

oraz Opiekuna ..............................................................................................................................

(imię i nazwisko Opiekuna dziecka niepełnosprawnego)

w okresie od ....................................... do ......................................... z miejsca zamieszkania,

tj. z miejscowości .......................................................................................................................

do ...............................................................................................................................................

 ( nazwa szkoły lub ośrodka)

Należność wynikająca z zakupu biletów miesięcznych wynosi: .............................................zł

(kwota słownie złotych:..............................................................................................................)

Należność wynikająca z zakupu biletów jednorazowych wynosi: ........................................zł

(kwota słownie złotych :.............................................................................................................

 ……………………………………

 (data, podpis opiekuna)

***WYPEŁNIA DYREKTOR SZKOŁY/OŚRODKA LUB OSOBA UPOWAŻNIONA***

( Pieczęć szkoły lub ośrodka)

**Poświadczenie dyrektora szkoły/ośrodka do której/którego uczęszcza uczeń**

Liczba dni obecności w szkole/ośrodku ............................... w wyżej wymienionym okresie.

 ……………………………………………

( data, podpis i pieczęć dyrektora szkoły/ośrodka lub osoby upoważnionej)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***WYPEŁNIA GMINA***

**Rozliczenie:**

Wartość biletów miesięcznych wynosi: .....................................zł

Wartość biletów jednorazowych wynosi: ...................................zł

Zatwierdzam do wypłaty gotówką lub przelewem na konto bankowe Opiekuna kwotę:

……..............zł , (kwota słownie złotych: …............................................................................zł

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

(sprawdzono pod względem formalnym i rachunkowym)

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

(data, podpis i pieczęć przedstawiciela Gminy)