

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

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

.....
adres

.....
telefon

**Miesięczne rozliczenie dla Gminy Grunwald
(zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego samochodem osobowym)
za miesiąc 20.....r.**

Łączny koszt miesięczny wynosi: $(a-b) * c * d / 100$

.....

gdzie:

- a- liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania do przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, innej formy wychowania przedszkolnego, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, szkoły podstawowej albo szkoły ponadpodstawowej, a także przewozu rodzica z tego miejsca do miejsca zamieszkania lub miejsca pracy, i z powrotem
- b- liczba kilometrów przewozu drogami publicznymi z miejsca zamieszkania rodzica do miejsca pracy i z powrotem, jeżeli nie wykonywałby przewozu dziecka
- c- średnia cena jednostki paliwa w danej gminie właściwego dla danego pojazdu
- d- średnie zużycie paliwa w jednostkach na 100 kilometrów dla danego pojazdu według danych producenta pojazdu.

Nazwa Placówki.....
przedszkola/oddziału przedszkolnego/innej formy wychowania przedszkolnego, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego*

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

.....
(pieczęćka placówki oświatowej)

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

ZAŚWIADCZENIE

Dyrektor.....
(przedszkola/oddziału przedszkolnego/innej formy wychowania przedszkolnego, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego*)

w..... na podstawie dziennika lekcyjnego potwierdza, że uczeń/uczennica
..... klasy..... uczęszczał/uczęszczała na zajęcia
(imię i nazwisko)
dydaktyczne dni w miesiącu20..... r.

.....
(dyrektor placówki)