

....., dnia.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres

.....
telefon

**Miesięczne rozliczenie dla Gminy Grunwald
(zwrot kosztów przejazdu ucznia niepełnosprawnego środkami komunikacji publicznej)
za miesiąc 20.....r.)**

Proszę o zwrot kosztów dowozu córki/syna.....
do
przedszkola/oddziału przedszkolnego/innej formy wychowania przedszkolnego, szkoły lub ośrodka rewalidacyjno-
wychowawczego*

w miesiącu..... w kwocie.....
W załączeniu bilety autobusowe.

.....
(podpis rodzica/opiekuna)

....., dnia.....
(pieczęć placówki oświatowej)

ZAŚWIADCZENIE

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

w..... na podstawie dziennika lekcyjnego potwierdza, że uczeń/uczenica
..... klasy..... uczęszczał/uczęszczała na zajęcia
(imię i nazwisko)

dydaktyczne dni w miesiącu20..... r.

.....
(dyrektor placówki)