Nowa Sarzyna, dnia ……………………………..

……………………............................

 (nazwisko i imię rodzica/opiekuna/

 opiekuna prawnego)\*

……………………………………

 (adres)

**Rachunek**

**o zwrot kosztów przejazdu dziecka/ucznia\*/dziecka/ucznia i jego opiekuna\*** **środkami komunikacji publicznej/prywatnej\* lub samochodem prywatnym do przedszkola/szkoły\***

……………….………………………………………….....................

(imię i nazwisko dziecka/ucznia)

w miesiącu ……………………. rok ……..…. z miejsca zamieszkania, tj. z miejscowości

……………………………………… do ………………………………………………………………………

(miejsce zamieszkania) (nazwa przedszkola, szkoły)

1. dojeżdżał środkami komunikacji przez ……. dni (słownie: ……………………………………….. dni) \*;
2. był dowożony samochodem prywatnym przez …….. dni (słownie: ……………………………..... dni) \*.

Należność wynikająca z\*:

1. zakupu biletu miesięcznego wynosi: …….. zł (słownie: ……………………………...............................);
2. zakupu biletów jednorazowych wynosi: …….. zł (słownie: ……………………………...........................);
3. kosztów dowozu samochodem prywatnym wynosi: …….. zł (słownie: ………………………………..).

Proszę o zwrot środków finansowych z tytułu realizacji dowozu w następującej formie\*:

1. przelew na rachunek bankowy:

 Nazwa banku ……………………………………………………………………………………………...

 Nr rachunku bankowego ……………………………………………………………...........................…,

1. gotówka wypłacana w kasie Centrum Usług Wspólnych w Nowej Sarzynie.

Załączniki:

* kopia/kopie\* biletu miesięcznego potwierdzona za zgodność z oryginałem,
* oryginały biletów jednorazowych.

\*niepotrzebne skreślić

 ……………………………………………………..

 (data i podpis rodzica/opiekuna/opiekuna prawnego/)

**WYPEŁNIA OPIEKUN**

…………………………………………..

 (pieczęć przedszkola/szkoły)

**Poświadczenie przez przedszkole/szkołę\***

Zaświadcza się, że dziecko/uczeń\* …………………………………………………………….

 (imię i nazwisko dziecka/ucznia)

Uczęszczało/-ł ……..….. dni (słownie: …………………………………………………………………. dni) w miesiącu ………………..…………… roku ….… do przedszkola/szkoły\*.

\*niepotrzebne skreślić

……………………………………………..

(data, podpis i pieczęć dyrektora przedszkola/szkoły

 lub osoby upoważnionej)

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

**Rozliczenie dowozu samochodem prywatnym**

Odległość z miejsca zamieszkania do przedszkola/szkoły ……….. km x stawka za 1 km przebiegu ………………… zł/km x liczba dni obecności w przedszkolu/szkole …………. dni = ………………. zł (słownie: ………………………………………………………….....................................................................)

…………………………………………..

(data i podpis osoby odpowiedzialnej)

**Rozliczenie dowozu komunikacją publiczną lub prywatną z tytułu zakupu biletów jednorazowych**

Cena biletu jednodniowego …….. zł x liczba dni obecności w przedszkolu/szkole ………. dni =………… zł (słownie: ………………………………………………………….....................................................................)

…………………………………………..

(data i podpis osoby odpowiedzialnej)

**WYPEŁNIA PRACOWNIK CENTRUM USŁUG WSPÓLNYCH W NOWEJ SARZYNIE**