`Załącznik Nr 2

Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego

………………………………………………

Baboszewo, dnia …………………………....

**ROZLICZENIE**

**kosztów dojazdu zorganizowanego środkami komunikacji publicznej do przewozu dziecka do szkoły/placówki i z powrotem w miesiącu ……………………………**

1. Przedkładam rozliczenie kosztów/biletów miesięcznych poprzez dojazd zorganizowany środkami komunikacji publicznej do przewozu dziecka do szkoły/placówki i z powrotem w miesiącu …………………………… na kwotę …………………………
2. Należność za powyższe należy przekazać do kasy Urzędu Gminy Baboszewo/na moje konto bankowe\* :

…………………………………………………………………………….

(nazwa banku i numer rachunku)

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

*(data i czytelny podpis składającego rozliczenie)*

٭niepotrzebne skreślić

**ZAŚWIADCZENIE**

Dyrektor…………………………………………………………………w.…………………...

na podstawie dziennika lekcyjnego potwierdza, że przedszkolak/uczeń/uczennica

….…………………………………….……………. klasy…………..uczęszczał/uczęszczała

na zajęcia dydaktyczne ……….……. dni w miesiącu …………………….……….20…….. r.

……………………………….

(*dyrektor placówki)*

**Rozliczenie miesięczne dowozu dziecka niepełnosprawnego**

(uzupełnia pracownik Referatu Organizacyjnego Urzędu Gminy Baboszewo)

Wartość biletów na trasie dom-szkoła-dom …………… zł. Należność do wypłaty ……………zł

Do wypłaty słownie: …………………………………………….…….………………………………

……………………………………………

(data i podpis pracownika rozliczającego koszty)