

.....  
miejsowość, data

.....  
.....  
.....  
Imię i nazwisko wnioskodawcy/  
adres zamieszkania

## WÓJT GMINY PAWONKÓW

### ROZLICZENIE KOSZTÓW PRZEJAZDU

Rozliczenie kosztów przejazdu dziecka:

.....  
imię i nazwisko dziecka

Zamieszkałego:

.....  
adres zamieszkania

w miesiącu ..... z miejsca zamieszkania do :

.....  
Nazwa i adres przedszkola/szkoły/ośrodka

Liczba dni dowożenia uprawniająca do zwrotu kosztów przejazdu wyniosła: ..... dni.

.....  
podpis rodzica/ opiekuna prawnego

---

#### POTWIERDZENIE (PRZEDSZKOLE/SZKOŁA/OŚRODEK)

Potwierdzam liczbę ..... dni pobytu w/w dziecka w placówce, która uprawnia do zwrotu kosztów dowożenia

.....  
podpis i pieczęć dyrektora placówki lub osoby upoważnionej

.....  
miejsowość, data

---