

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 42
z Oddziałami Integracyjnymi
im. K.I. Gałczyńskiego
ul. Balkonowa 4
03-329 Warszawa

Proszę o zwrot za wycieczkę, która odbyła się w dniu/dniach
(miejsowość)

..... dla ucznia
(imię i nazwisko ucznia, klasa)

Kwotę w wysokości proszę przelać na nr konta

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)