

## WNIOSEK O ZWROT PŁATNOŚCI ZA OPIEKĘ W RAMACH WARSZAWSKIEJ AKCJI „ZMIA W MIEŚCIE” 2025

Imię i nazwisko dziecka		
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego		
Numer telefonu kontaktowego lub adres e-mail rodzica/opiekuna prawnego dziecka		
Numer rachunku bankowego do zwrotu płatności	26 cyfr: -----	
Nazwa i adres placówki, w której dziecko przebywało podczas Akcji	Szkoła Podstawowa nr 42 z Oddziałami Integracyjnymi im. K. I. Gałczyńskiego ul. Balkonowa 4, 03-329 Warszawa	
Udział Dziecka w Akcji	od ..... 2024 r. do ..... 2024 r.	
Daty i liczba dni zgłoszonych nieobecności	daty:	liczba dni:
Potwierdzenie kierownika punktu liczby dni zgłoszonej nieobecności	pieczęćka placówki oraz czytelny podpis	liczba dni:

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego