

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego *

Adres zamieszkania:

kod: miejscowość:

ulica:

nr telefonu:

Dyrektor

Szkoły Podstawowej nr 42

z Oddziałami Integracyjnymi

im. K. I. Gałczyńskiego

ul. Balkonowa 4

03-329 Warszawa

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ZA WYCIECZKĘ

Proszę o zwrot kosztów za wycieczkę do, która odbyła się
(miejscowość)

w dniu/dniach* dla ucznia
(imię i nazwisko ucznia, klasa)

Kwotę w wysokości proszę przelać na:

Nazwa Banku nr konta

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*