

.....
Pieczęć placówki

.....
Miejscowość/dnia

ZAŚWIADCZENIE
wydane przez żłobek/przedszkole dla potrzeb programu
„Aktywny Samorząd” Moduł I Obszar D

Imię i Nazwisko dziecka.....

Nr PESEL

Uczęszczała/ło do placówki
(pełna nazwa placówki żłobka/przedszkola)

NIP placówki sprawującej opiekę nad dzieckiem :

Od dnia Do dnia.....

Zostały dokonane następujące opłaty (łącznie wyżywienie + pobyt):

Miesiąc	Liczba dni w miesiącu, w którym dziecko uczęszczało do placówki	Całkowity koszt pobytu dziecka w placówce	Koszt pobytu dziecka w placówce sfinansowany z innych źródeł	Koszt pobytu dziecka w placówce poniesiony przez rodzica/ opiekuna Z własnych środków finansowych
Styczeńr				
Lutyr				
Marzecr				
Kwiecieńr				
Maj r				
Czerwiecr				
Lipiecr				
Sierpieńr				
Wrzesieńr.				
Październikr				
Listopadr				
Grudzieńr				

Wyżej wymienione opłaty zostały opłacone

tak

nie

Data, pieczęć placówki , podpis