

**Wniosek o zwrot płatności za wyżywienie
w ramach Dyżuru wakacyjnego 2024**

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	 przy ul. w Warszawie	
Udział Dziecka w	od 2024 r. do 2024 r.	
Daty i liczba dni zgłoszonych nieobecności	daty:	liczba dni:
Potwierdzenie kierownika punktu liczby dni zgłoszonej nieobecności	pieczętka placówki oraz czytelny podpis	liczba dni:

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego