…………….…………………………….

*pieczęć placówki*

ZAŚWIADCZENIE

*wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną żłobka / przedszkola dla potrzeb programu „Aktywny samorząd”*

imię i nazwisko dziecka..................................................................................................................

nr PESEL ......................................................................................................................................

**uczęszcza do placówki**……………….………......…………………….……………………………

……………………………………………………………………………………………………………...

*(pełna nazwa żłobka / przedszkola*

Od dnia …………………………………………………do dnia ……..…………………………..…….. Kalkulacja opłat ( łącznie: wyżywienie + pobyt)

W okresie od……………………………………………do……………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Miesiąc** | **Kwota \*** |
| Styczeń |  |
| Luty |  |
| Marzec |  |
| Kwiecień |  |
| Maj |  |
| Czerwiec |  |
| Lipiec |  |
| Sierpień |  |
| Wrzesień |  |
| Październik |  |
| Listopad |  |
| Grudzień |  |

\* W przypadku braku kosztu wpisać „0”

*Data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub reprezentującej placówkę*