…….
*pieczęć placówki*

# ZAŚWIADCZENIE

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

imię i nazwisko dziecka.....

nr PESEL .....

**uczęszczało do placówki**……...……..……

……...
*(pełna nazwa żłobka / przedszkola*

Od dnia ……do dnia ……..……..……..

Zostały dokonane następujące opłaty ( łącznie: wyżywienie + rada rodziców + pobyt)

W okresie od……do…….

| Miesiąc | kwota |
|---|---|
| Styczeń | |
| Luty | |
| Marzec | |
| Kwiecień | |
| Maj | |
| Czerwiec | |
| Lipiec | |
| Sierpień | |
| Wrzesień | |
| Październik | |
| Listopad | |
| Grudzień | |

**Placówka nie wystawia faktur i rachunków.**

*podpis pracownika jednostki organizacyjnej*

....., dnia ..... .....

**(miejscowość i data )**

**pieczątka, i podpis lekarza specjalisty o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności**