…….
pieczęć placówki

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną żłobka / przedszkola dla potrzeb 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