

**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