

.....  
*pieczęćka placówki*

## ZAŚWIADCZENIE

*wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną żłobka / przedszkola dla potrzeb pilotażowego programu „Aktywny samorząd”,  
 Moduł I, Obszar D*

imię i nazwisko dziecka.....

nr PESEL .....

**uczęszczało/uczęszcza/ będzie uczęszczać\* do placówki**.....

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

Zostały dokonane następujące opłaty/ planowane są następujące opłaty:

<b>Miesiąc</b>	<b>Opłaty poniesione</b>	<b>Opłaty przewidywane</b>
Styczeń		
Luty		
Marzec		
Kwiecień		
Maj		
Czerwiec		
Lipiec		
Sierpień		
Wrzesień		
Październik		
Listopad		
Grudzień		

**\*niepotrzebne skreślić**

*podpis pracownika jednostki organizacyjnej*

data, podpis: \_\_\_\_\_