

.....  
*pieczęć placówki*

## ZAŚWIADCZENIE

wydane **przez placówkę dla potrzeb PFRON**  
(program „Aktywny samorząd”)

Dziecko: .....

Pana/Pani.....

Adres zamieszkania:.....

**w roku 2024 uczęszczało do przedszkola/żłobka\* w.....**

.....

.....

*(pełna nazwa i adres placówki)*

W związku z pobytem i wyżywieniem dziecka w placówce dokonano wpłat w wysokości:

Miesiąc	Imię i nazwisko dziecka	Ilość dni pobytu dziecka w przedszkolu/żłobku w miesiącu	Kwota zapłacona (rzeczywisty koszt pobytu dziecka w przedszkolu/żłobku)

\*-niepotrzebne skreślić

*podpis pracownika placówki*

data, podpis: