

Załącznik nr 5 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

**Imię i nazwisko dziecka.....**

L.p.	Miesiąc	Kwota brutto- kosztów pobytu dziecka w placówce	Kwota wnioskowana- 90 % kosztów pobytu dziecka w placówce, jednak nie więcej, niż 347,00 zł miesięcznie
1.	Styczeń		
2.	Luty		
3.	Marzec		
4.	kwiecień		
5.	Maj		
6.	Czerwiec		
7.	Lipiec		
8.	Sierpień		
9.	Wrzesień		
10.	Październik		
11.	Listopad		
12.	Grudzień		
	Razem		

.....  
(miejsowość,data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)