



Załącznik nr 5 do Regulaminu projektu „Równość szans dla kadr sektora edukacji i nauki”, FEWP.06.03-IP.01-0020/24

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD DZIECKIEM

DANE UCZESTNIKA	
IMIĘ	
NAZWISKO	

DANE KONTAKTOWE	
TELEFON	
E-MAIL	

DANE DZIECKA		
IMIĘ		
NAZWISKO		
WIEK		
na potwierdzenie okazuję:		
kopia aktu urodzenia	☐ TAK	☐ NIE
numer aktu urodzenia		
data wydania aktu		
nazwa organu wydającego		
inny dokument potwierdzający tożsamość	☐ TAK	☐ NIE

INFORMACJE O ZAJĘCIACH	
NAZWA SZKOLENIA	
DATY ZAJĘĆ	

