



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 okazują:              |                              |                              |
| kopia aktu urodzenia                   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| <i>numer aktu urodzenia</i>            |                              |                              |
| <i>data wydania aktu</i>               |                              |                              |
| <i>nazwa organu wydającego</i>         |                              |                              |
| inny dokument potwierdzający tożsamość | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

| INFORMACJE O ZAJĘCIACH |  |
|------------------------|--|
| NAZWA SZKOLENIA        |  |
| DATY ZAJĘĆ             |  |

