

Warszawa, dnia.....

.....

.....

.....

(adresat – Dyrektor Szkoły)

Wniosek w sprawie zwolnienia z opłat za korzystanie przez ucznia z posiłków w stołówce szkoły

(wniosek dotyczy uczniów, którzy nie kwalifikują się do pomocy w postaci bezpłatnych posiłków
finansowanych z pomocy społecznej)

1. Dane wnioskodawcy

| | | |
|---------------------------------|--------------|---|
| Nazwisko i imię wnioskodawcy | | |
| Wnioskodawca jest: | | <input type="checkbox"/> rodzicem / opiekunem prawnym ucznia <input type="checkbox"/> pełnoletnim uczniem <input type="checkbox"/> nauczycielem szkoły / przedszkola <input type="checkbox"/> inną pełnoletnią osobą |
| Adres zamieszkania wnioskodawcy | miejsowość | |
| | ulica/nr | |
| | kod pocztowy | |

2. Dane ucznia, którego zwolnienie dotyczy

| | | |
|----------------------------------|--------------|--|
| Nazwisko i imię ucznia | | |
| Adres zamieszkania ucznia | miejsowość | |
| | ulica/nr | |
| | kod pocztowy | |
| Klasa, do której uczęszcza uczeń | | |

3. Przesłanki uzasadniające zwolnienie

a) Miesięczna wysokość dochodu na osobę w rodzinie (netto):

| L.p. | Nazwisko i imię członka rodziny | Stopień pokrewieństwa | Miesięczna wysokość dochodu w złotych | w tym: | | |
|--|---------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------|---|---|
| | | | | ze stosunku pracy | z pozarolniczej działalności gospodarczej | z innych tytułów (np. darowizny, zasiłki, emerytury, renty, umowy zlecenia, umowy najmu itp.) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Łączny miesięczny dochód w rodzinie | | | | | | |
| Ilość osób w rodzinie | | | | | | |
| Łączny miesięczny dochód w rodzinie na 1 osobę | | | | | | |

b) Inne przesłanki uzasadniające zwolnienie:

4. Wnioskowane zwolnienie

a) całkowite

b) częściowe tj. obniżenie opłaty o %

5. Wnioskowany okres zwolnienia

Od dnia do dnia

6. Przyczyny uniemożliwiające dofinansowanie uczniowi posiłków w stołówce w ramach systemu pomocy społecznej.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

W załączeniu:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)