Warszawa, dnia ............................................

**Imię i nazwisko Wnioskodawcy** .......................................................

**Tel. oraz email Wnioskodawcy** .......................................................

**Imię i nazwisko Ucznia** ................................................................. **Klasa** ...................

**Rada Rodziców**

**Zespołu Szkół Licealnych i Techn. nr 1**

ul. Wiśniowa 56

02-620 Warszawa

**Wniosek o przyznanie świadczenia socjalnego**

Proszę o przyznanie ..........................................................................................................................

Uzasadnienie: ................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

..........................................

podpis Wnioskodawcy

Opinia wychowawcy klasy:

................................................................................................................................................................

..........................................

podpis Wychowawcy

Opinia pedagoga szkolnego:

................................................................................................................................................................

...................................................

podpis Pedagoga/Psychologa szkolnego

W przypadku pozytywnej decyzji Prezydium RR - proszę o przelanie przyznanego świadczenia na rachunek bankowy o numerze:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Dane właściciela rachunku - imię, nazwisko, adres:

……………………………………………………………………………………………………………………………………..………….