|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wniosek do Rady Rodziców przy ZSO nr 2 w Gdańsku**  **Kopię wniosku należy przesłać na adres:** [**radarodzicowzso2gd@gmail.com**](mailto:radarodzicowzso2gd@gmail.com) | | | |
| 1. **Wypełnia Wnioskodawca** | | |  |
| **Data złożenia wniosku** |  | |
| **Imię i nazwisko Wnioskodawcy** |  | | |
| **Cel** |  | | |
| **Uzasadnienie wniosku** |  | | |
| **Opinia Pedagoga lub Psychologa szkolnego** |  | | |
| **Wnioskowana kwota wydatku (należy podać konkretną kwotę w zł)** |  | | |
| **Nr dokumentu: faktura/rachunek/paragon**  **(należy załączyć)** |  | | |
| **Beneficjent** |  | | |
| **Forma płatności**  **(odpowiednie zaznaczyć)** | **Przelew Gotówka** | | |
| **Nr konta** |  | | |
|  | **Podpis**  **Wnioskodawcy** |  | |
|  | | | |
| 1. **Wypełnia Dyrektor ZSO nr 2** | | | |
| **Akceptacja wniosku** | Akceptacja – Dyrektor ZSO nr 2 lub upoważniony pracownik  (pieczątka i podpis) data | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Wypełnia Rada Rodziców** | |
| **Data wpłynięcia wniosku** |  |
| **Przyznana kwota** |  |
| **Głosowanie**  **Rady Rodziców**  **Data**  **………………………….** | **ZA**  **PRZECIW**  **WSTRZYMAŁO SIĘ** |
| **Nr Uchwały Rady Rodziców** |  |
| **Forma przekazania środków** | **Gotówka Przelew** |
| **Nr konta** |  |
| **Realizacja Wniosku** |  |