

.....  
(Miejscowość, dnia)

Dane wnioskującego o refundację dowozów

.....

(Nazwisko i imię)

.....

(Adres zamieszkania)

Dyrektor

Szkoły Podstawowej

im. Ignacego Krasickiego

w Straszynie

Wniosek o refundację dowozów w dniach 17.05-31.05.2021 w Szkole Podstawowej  
im. Ignacego Krasickiego w Straszynie

dla .....

(Nazwisko i imię ucznia oraz klasa)

Do wniosku załączam ..... sztuk biletów na trasie .....

Proszę o zwrot na rachunek bankowy .....

.....

**(Czytelny podpis – nazwisko i imię składającego wniosek)**