

**OŚWIADCZENIE
O PLANOWANYM TERMINIE UKOŃCZENIA NAUKI W SZKOLE
LUB W SZKOLE WYŻSZEJ / NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

**Prezydent Miasta Zduńska Wola
ul. Stefana Żłotnickiego 12
98-220 Zduńska Wola**

Dane Wnioskodawcy

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Miejsce zamieszkania:

		-			
--	--	---	--	--	--

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica/nr domu/nr mieszkania

Oświadczam, że:

Dane dziecka (1), którego dotyczy oświadczenie

Imię (imiona) i nazwisko

uczy się w:

- szkole
- szkole wyższej

Planowany termin ukończenia nauki
(dzień/miesiąc/rok):

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Posiada umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności:

- tak
- nie

Okres ważności orzeczenia (wypełnić w przypadku umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności):

Data (dzień/miesiąc/rok)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

- bezterminowy

Dane dziecka (2), którego dotyczy oświadczenie

Imię (imiona) i nazwisko
uczy się w:

- szkole
- szkole wyższej

Planowany termin ukończenia nauki
(dzień/miesiąc/rok):

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Posiada umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności:

- tak
- nie

Okres ważności orzeczenia (wypełnić w przypadku umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności):

Data (dzień/miesiąc/rok)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

- bezterminowy

Dane dziecka (3), którego dotyczy oświadczenie

Imię (imiona) i nazwisko
uczy się w:

- szkole
- szkole wyższej

Planowany termin ukończenia nauki
(dzień/miesiąc/rok):

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Posiada umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności:

- tak
- nie

Okres ważności orzeczenia (wypełnić w przypadku umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności):

Data (dzień/miesiąc/rok)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

- bezterminowy

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)