

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

Prezydent Miasta Sieradza

Plac Wojewódzki 1

98-200 Sieradz

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)