

\_\_\_\_\_  
data złożenia i podpis osoby przyjmującej wniosek

**DYREKTOR**  
**Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej**  
**w Starogardzie Gdańskim**

**WNIOSEK O PRYZNANIE POMOCY MATERIALNEJ O CHARAKTERZE SOCJALNYM**  
**W FORMIE STYPENDIUM SZKOLNEGO NA ROK SZKOLNY \_\_\_\_/\_\_\_\_**

**I. WNIOSKODAWCA**

<input type="checkbox"/>	RODZIC / OPIEKUN PRAWNY NIEPEŁNOLETNIEGO UCZNIĄ
<input type="checkbox"/>	PEŁNOLETNI UCZEŃ
<input type="checkbox"/>	DYREKTOR SZKOŁY, OŚRODKA, KOLEGIUM

**II. DANE WNIOSKODAWCY**

<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
<b>PESEL</b> (nie wypełnia dyrektor szkoły)	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b> (nie wypełnia dyrektor szkoły)	
<b>TELEFON</b>	
<b>Adres e-mail</b>	

**III. DANE UCZNIĄ**

<b>IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ</b>	
<b>DATA I MIEJSCE URODZENIA</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO MATKI</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO OJCA</b>	
<b>NAZWA</b> <b>I ADRES SZKOŁY</b>	
<b>KLASA</b>	

