

Chrzanów dnia .....

imię i nazwisko .....

adres .....

nr legitymacji szkolnej.....

klasa .....

**Do Dyrektora  
I Liceum Ogólnokształcącego  
im. St. Staszica w Chrzanowie**

Proszę o częściową refundację kosztów dojazdu, zgodnie z Regulaminem Powiatowego programu wyrównywania szans edukacyjnych dla młodzieży uczęszczającej do szkół ponadgimnazjalnych dla których organem prowadzącym jest Powiat Chrzanowski, na trasie z domu ..... do szkoły **Chrzanów ul. Piłsudskiego 14.**  
(adres zamieszkania)

Kwotę refundacji proszę przekazać na konto numer:

.....

-----  
(podpis ucznia / rodzica)