



Finanční příspěvek pro zdravotně znevýhodněné dítě

Jméno a příjmení dítěte:

Adresa trvalého bydliště:

Datum narození:

Jméno a příjmení rodiče/opatrovníka:

(v případě opatrovnictví předložte kopii rozhodnutí)

Číslo bankovního účtu pro zaslání příspěvku:

Stručný popis zdravotního znevýhodnění/postižení:

.....
.....
.....
.....

Datum:

Podpis rodiče/opatrovníka: