****

**LISTA UCZNIÓW UBEZPIECZONYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA NNW**

**ROK SZKOLNY 2024/2025**

**SZKOŁA PODSTAWOWA IM. POWSTAŃCÓW STYCZNIOWYCH W FAJSŁAWICACH**

Przekazywanie składek**-**  pokój 38 (sekretarz szkoły) do **11.09.2024 r.** w godzinach pracy sekretarza

|  |
| --- |
| **KLASA** …………… |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Wpłacona****SKŁADKA****58zł lub 46zł** | **Nazwisko i imię brata/siostry płacącego pełną składkę****(przypadku zastosowania 20%zniżki dla kolejnego dziecka)** | **klasa****brata/****siostry** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |
| **11.** |  |  |  |  |
| **12.** |  |  |  |  |
| **13.** |  |  |  |  |
| **14.** |  |  |  |  |
| **15.** |  |  |  |  |
| **16.** |  |  |  |  |
| **17.** |  |  |  |  |
| **18.** |  |  |  |  |
| **19.** |  |  |  |  |
| **20.** |  |  |  |  |
| **21.** |  |  |  |  |
| **22.** |  |  |  |  |
| **23.** |  |  |  |  |
| **24.** |  |  |  |  |
| **25.** |  |  |  |  |
| **26.** |  |  |  |  |
| **27.** |  |  |  |  |
| **28.** |  |  |  |  |
| **29.** |  |  |  |  |