

Ansökan om ersättning för extra barentillsynskostnader vid cirklar och kurser



Medlemmens namn		Personnummer		Avd.nr.	
Bostadsadress		Postnr-adress		Telefonnummer	
				Arb	
				Mob	
				Hem	
Kurs/cirkelanordnare		Kurs/cirkelort		Kursperiod/cirkel antal gånger	
Extra barentillsyn utföres av		Bostadsadress		Postnr-adress	
				Telefonnummer	
				/	
Extra barentillsyns omfattning			Kostnader		
Barnets förnamn, födelseår		Antal dagar/nätter		Antal tim/dygn	
Totalt belopp					
Ansöker enligt ovan om extra barentillsynsersättning				Summa kostnader	
.....				
Datum, ort		Sökandes namnteckning			
Ovanstående uppgifter bestyrkes					
.....				
Datum, ort		Studieansvarig/styrelseledamot			
klipp här					

Uppgifter för utbetalning av extra barentillsynskostnader					
Medlemmens namn					
Bostadsadress			Postnr-adress		
Ersättning utbetalas till:					
Efternamn		Förnamn		Personnr.	
Bostadsadress			Postnr-adress		
Clearing - Kontonr					
.....				
Ort, Datum		Underskrift av den som utför tillsyn			