

Ansökan om ersättning för extra barntillsynskostnader 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 barntillsyn utföres av	Bostadsadress	Postnr-adress	Telefonnummer
			/
Extra barntillsyns omfattning		Kostnader	
Barnets förnamn, födelseår	Antal dagar/nätter	Antal tim/dygn	Totalt belopp
Ansöker enligt ovan om extra barntillsynsersättning		Summa kostnader	
.....		
Datum, ort		Sökandes namnteckning	
Ovanstående uppgifter bestyrkes			
.....		
Datum, ort		Studieansvarig/styrelseledamot	
klipp här			

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