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

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

Dane asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością Dane uczestnika Programu

(nazwisko, imię, adres zamieszkania) (nazwisko, imię, adres zamieszkania)

**EWIDENCJA BILETÓW**

za miesiąc ……………….…………. 2025 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data pobrania/****zakupu biletów** | **Liczba pobranych/****zakupi onych biletów** | **Data wyjazdu z osobą z niepełnosprawnością** | **Cel wyjazdu** | **Koszt zakupu** | **Podpis asystenta** | **Podpis uczestnika/opiekuna prawnego** | **Uwagi (np. rodzaj biletu)** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | suma |  |  |  |  |

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

Data i podpis asystenta