



.....
Imię i nazwisko asystenta osoby z niepełnosprawnością

.....
Adres zamieszkania

EWIDENCJA BILETÓW WSTĘPU NA WYDARZENIA KULTURALNE, ROZRYWKOWE, SPORTOWE LUB SPOŁECZNE ITP.
za miesiącr.

Data zakupu biletów	Data wydarzenia	Cel zakupu biletów	Podpis uczestnika programu	Koszt biletów	Uwagi
Łączna kwota					

.....
Data i podpis asystenta