

**KYRKSLÄTTS KOMMUN
BILDNINGS- OCH FRITIDSNÄMNDEN**
Besöksadress: Ervastvägen 2, 02400 Kyrkslätt
Postadress: PB 20, 02401 Kyrkslätt
Tfn 040-753 8906, Fax 2976 044

IDROTTSTJÄNSTER

År _____

**ANSÖKAN OM
PROJEKTBI DRAG**

för lönekostnader som uppstår vid ordnande
av motion för specialgrupper i Kyrkslättssimhall

Förening / samfund	
Kontaktperson	
Adress (kontaktpersonens)	
Tel. dagtid	Mobiltel.
Föreningens bankkontonummer	

UPPGIFTER OM DEN LEDDA MOTIONEN:

Utrymme som användts (t ex. terapibassängen)		
Period	Vår	Höst
Antal motionstillfällen och tidslängd (t ex 17 x 30 min)		
Antal deltagare / gång (ca medeltal)		
Lön för instruktör / gång		
Instruktörlöner totalt (bidrag som ansöks)		
Instruktörens namn		

Övrigt

Ansökans riktighet intygas:

Ort	Datum	Underskrift och namnet förtydligat
-----	-------	------------------------------------