

REZYGNACJA
z korzystania z płatnego żywienia
w Szkole Podstawowej im. mjr. Henryka Dobrzańskiego „Hubala”
w Przydworzycach

Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna.....

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu.....

1. Z dniem rezygnuję z korzystania z płatnego wyżywienia w Szkole Podstawowej im. mjr. Henryka Dobrzańskiego „Hubala w Przydworzycach mojego dziecka ucznia klasy.....

2. Zobowiązuję się do całkowitego rozliczenia za obiady wydane do dnia rezygnacji w terminie płatności za dany miesiąc.

.....

Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna