

.....
Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

Gdynia, dnia

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z POSIŁKÓW

Informuje, że moje dziecko nie będzie korzystać z obiadów w stołówce szkolnej w Szkole Podstawowej nr 29 w Gdyni od dnia

Imię i Nazwisko dziecka:

Klasa :

Powód rezygnacji :

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Odpisy za odwołane obiady zwrócone zostaną przelewem na konto rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i Nazwisko :

Numer konta bankowego :