…………………………..

(imię nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

……………………….......

 (adres zamieszkania)

…………………………...

 (nr telefonu kontaktowego)

**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z OBIADÓW W STOŁÓWCE SZKOLNEJ**

**SZKOŁY PODSTAWOWEJ W CHOROSZCZY**

Informuję, że moje dziecko ………………………………………………………………………………………………………………….

 (imię, nazwisko, klasa)

od dnia ………………………………………………………………. nie będzie korzystać z obiadów w stołówce szkolnej

w Szkole Podstawowej im Henryka Sienkiewicza w Choroszczy.

Proszę o zwrot ewentualnej nadpłaty za obiady na poniższy numer konta bankowego.

**OŚWIADCZENIE**

**zgoda na przelew nadpłaty za obiady na konto**

Wyrażam zgodę na przekazanie nadpłaconych środków za obiady, mojego dziecka ………………………………………………………………., kl. ……………… na moje konto osobiste:

Nazwa banku ………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr konta …………………………………………………………………………………………………................................

 Choroszcz, dn. ……………………………………….. …………………………………………………

 ( Podpis rodzica/opiekuna prawne)