**D E K L A R A C J A**

Ja niżej podpisana/y/ deklaruję, iż moje dziecko ...................................

uczeń/uczennica klasy………………………….. będzie korzystało z obiadów od miesiąca …………………………………… do miesiąca ..........................................

**Za żywienie zobowiązuję się płacić do 15 każdego miesiąca.**

**Nieobecność** ucznia na obiedzie z powodu:

 - choroby

 - wycieczki szkolnej

 - wizyty u lekarza

 - ważnych spraw rodzinnych

##  ZGŁOSZONA DZIEŃ WCZEŚNIEJ będzie podstawą do odliczenia za nie wykorzystany obiad.

**REZYGNACJĘ Z OBIADÓW PROSZĘ ZGŁASZAC WCZEŚNIEJ PRZED WPŁATĄ**

  **TEL. KONTAKTOWY 24 254-70-72 WEW. 37**

 **726-890-998**

Podpis rodzica/opiekuna

 ……………………………………….

 Nr. telefonu

 ………………………………………