**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

………………………………………