
**REZYGNACJA Z KORZYSTANIA Z OBIADÓW PRZEZ UCZNIÓW
W STOŁÓWCE SZKOLNEJ W SZKOLE PODSTAWOWEJ W ŁYSOMICACH**

1. Imię i nazwisko ucznia klasa
2. Imię i nazwisko rodzica telefon
3. Adres

Informuję, że moja córka/mój syn rezygnuje z obiadów w SP w Łysomicach

z dniem

.....
(data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)