**REZYGNACJA Z KORZYSTANIA Z OBIADÓW PRZEZ NAUCZYCIELI**

**W STOŁÓWCE SZKOLNEJ W SZKOLE PODSTAWOWEJ W ŁYSOMICACH**

1. Imię i nazwisko nauczyciela……………………………………………………………………
2. Telefon………………………………………………………………………………………………….

Informuję, że rezygnuję z obiadów w Szkole Podstawowej w Łysomicach

od miesiąca …………………………………… .

…………………………………… ………………………………..………

 *(data) (czytelny podpis nauczyciela)*