**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 moje dziecko rezygnuje z obiadów w SP w Łysomicach

od miesiąca …………………………………… .

…………………………………… ………………………………..………

 *(data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna)*