**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)*