

.....
imię i nazwisko rodzica / opiekuna

.....
data

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z OBIADÓW

Oświadczam, iż rezygnuję z korzystania obiadów w Szkole Podstawowej nr 17 w Gdyni w miesiącu.

.....do miesiąca.....20.....r.

dlaklasa.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(podpis rodzica / opiekuna)

1. Odpisy za niewykorzystane obiady zostaną zwrócone na konto bankowe rodzica/opiekuna podane w deklaracji, w przypadku I semestru w grudniu, II semestru w czerwcu.
2. Oświadczenie wypełniamy tylko w przypadku nieobecności miesiąca i powyżej.