Suwałki, dnia .....

.....
(imię i nazwisko rodzica, opiekuna)
.....
.....
.....
(adres)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 10
z Oddziałami Integracyjnymi
im. Olimpijczyków Polskich
w Suwałkach

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY ZA OBIADY

Proszę o zwrot nadpłaty za obiady, za ucznia:

.....

kl. ....., w wysokości ..... zł

Na konto bankowe o numerze:

Imię i nazwisko, adres (właściciela konta)

.....
.....
.....

.....
(Podpis rodzica, opiekuna)