………………………………………………………….

Miejscowość, data

REZYGNACJA

Ja, ……………………………………………………. oświadczam, że moje dziecko …………………………………………………………………………………… uczeń klasy……………………. nie będzie korzystało z obiadów w Szkole Podstawowej nr 20 z Oddziałami Integracyjnymi im. Gen. Wł. Sikorskiego od miesiąca……………………………………… Numer konta ....................................................................................

……………………….…………………………….

 Podpis Rodzica/prawnego opiekuna