

Rezygnacja z Obiadów w Szkole Podstawowej numer 2 w Tuszynie

Miejscowość, dnia:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu/adres mailowy:

Dyrektor Szkoły Podstawowej numer 2 w Tuszynie

Składam rezygnację z obiadów mojego dziecka

klasa

z dniem zobowiązuję się do uregulowania wszystkich
zaległości najpóźniej w dniu zaprzestania korzystania z obiadów przez moje dziecko.

Rezygnację składam zgodnie z Regulaminem z tygodniowym wyprzedzeniem.

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego: