

DEKLARACJA

DEKLARUJĘ, ŻE MOJE DZIECKO BĘDZIE KORZYSTAŁO DO KOŃCA ROKU SZKOLNEGO 2016/2017 Z COMIESIĘCZNYCH OBIADÓW WYDAWANYCH PRZEZ STOŁÓWKĘ SZKOLNĄ.

W PRZYPADKU REZYGNACJI Z OBIADÓW, CO NAJMNIJ NA TRZY DNI PRZED ROZPOCZĘCIEM NOWEGO MIESIĄCA, POINFORMUJĘ O ZAISTNIAŁYCH ZMIANACH TELEFONICZNIE LUB OSOBIŚCIE.

PRZYPOMINAMY – W RAZIE NIEOBECNOŚCI DZIECKA W SZKOLE, NALEŻY DOKONAĆ ZGŁOSZENIA DO GODZ. 8.00 W SEKRETARIACIE SZKOŁY OSOBIŚCIE LUB POD NR TEL. 15 8426383

.....

(Imię i nazwisko dziecka, klasa)

.....

(data i czytelny podpis rodzica)

TELEFON RODZICA/OPIEKUNA.....