

ZGODA NA SPOŻYWANIE OBIADÓW

Wyrażam zgodę na spożywanie posiłków w szkole (obiad dwudaniowy – koszt 8,00 zł) przez moje dziecko:

1. DANE O UCZNIU:

Imię i nazwisko dziecka.....

Klasa.....

2. ZOBOWIĄZANIE

Zobowiązuję się do terminowego uiszczania odpłatności za posiłki do 10-tego dnia każdego miesiąca z wyjątkiem grudnia oraz czerwca (w grudniu należy dokonać najpóźniej do przedostatniego dnia roboczego w roku kalendarzowym a czerwcu do końca miesiąca) na konto bankowe 54 8729 0000 0000 0316 2000 0100

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż brak wpłaty wiąże się z wypisaniem dziecka z obiadów, a każdą nieobecność dziecka na obiedzie należy zgłosić osobiście lub telefonicznie (nr tel. 81 822 73 20) najpóźniej w danym dniu do godziny 8:00. W razie niedopełnienia tej formalności nie ma możliwości uzyskania pieniędzy za niewykorzystane obiady.

.....
Data i czytelny podpis rodzica