

Lubin, dnia.....

.....  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....

.....

.....  
adres zamieszkania/telefon

Dyrektor Specjalnego Ośrodka  
Szkolno – Wychowawczego  
im. Przyjaciół Dzieci

Proszę o umożliwienie spożywania posiłków przez ucznia.....

..... w stołówce Ośrodka w roku szkolnym 2023/2024

- całodzienne wyżywienie \*

- II śniadanie + obiad \*

Oświadczam, że zobowiązuję się do pokrywania kosztów wyżywienia do dnia 10-go  
następnego miesiąca

- w kasie Ośrodka \*

- przelewem na konto bankowe \* 81 1020 3017 0000 2702 0588 5027

.....  
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

\* niepotrzebne skreślić