

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 2024/2025

- całodzienne wyżywienie *
- II śniadanie + obiad *
- 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