

**Rezygnacja z korzystania z obiadów na stołówce szkolnej
w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Kruszu**

Imię i nazwisko dziecka	klasa

Imię i nazwisko rodzica	Telefon kontaktowy

Oświadczam, że moje dziecko nie będzie korzystało z obiadów w Szkole Podstawowej im. Jana Pawła II w Kruszu od miesiąca.....

Data	Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna