

1. **Imię i nazwisko ucznia** **klasa**
2. **Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego**
3. **tel. kontaktowy** **e-mail**

1) Deklaruję korzystanie z obiadów przez moje dziecko w stołówce szkolnej w następujące dni każdego tygodnia nauki (proszę o wstawienie znaku X w wybrane dni tygodnia)

Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek

2) Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu stołówki szkolnej w Zespole Szkół Ogólnokształcących we Włoszakowicach, przyjmuję do wiadomości jego treści w nim zawarte i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

3) Zobowiązuję się do dokonywania wpłat za obiady w wyznaczonych terminach

4) Rezygnację z korzystania ze stołówki szkolnej złożę w sekretariacie szkoły w formie pisemnej, w terminie do 25-go dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, od którego następuje rezygnacja z obiadów. W przypadku braku złożenia rezygnacji, zapłacę za przygotowane i pozostawione do dyspozycji posiłki.

.....

data

.....

podpis rodzica/opiekuna