



Czarna,.....

ROZWIĄZANIE UMOWY nr
REZYGNACJA Z OBIADÓW W STOŁÓWCE SZKOLNEJ

Zgłaszam rezygnację z obiadów w stołówce szkolnej:

.....

(imię, nazwisko, klasa, szkoła)

od miesiąca

(miesiąc, rok)

Dane rodzica (opiekuna prawnego):

.....

(imię, nazwisko)

.....

podpis rodzica (opiekuna prawnego)

Data wpływu do Zespołu Szkół w Czarnej

Podpis pracownika (intendentki)