**KARTA ZGŁOSZENIA UCZNIA NA OBIADY W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM.JOACHIMA LELEWELA**

**W JAKUBOWICACH KONIŃSKICH NA ROK SZKOLNY 2023/2024**

 ……………………………………………………… ……………… ……………………………………

 IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA KLASA TELEFON KONTAKTOWY

1. Zobowiązuję się do terminowych wpłat do **10 każdego miesiąca** za miesiąc bieżący.
2. Nieobecność dziecka należy zgłosić do **godz. 8:00** dnia bieżącego
pod numerem **tel. 506 – 092 -970**
3. Złożenie deklaracji jest jednoznaczne z wpisem dziecka na listę osób korzystających z obiadów w trakcie całego roku
4. W przypadku rezygnacji z obiadów zobowiązuję się do złożenia pisemnej rezygnacji do 30 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc ,od którego dziecko nie będzie korzystało już z obiadów.

………………………………………………….

 Podpis rodzica/opiekuna