**REZYGNACJA Z POSIŁKU**

Informuję, że moje dziecko …………………………………………………………………………….. od

(imię i nazwisko, klasa)

dnia ……………………………………………. nie będzie korzystało z wyżywienia w stołówce

szkolnej Szkoły Podstawowej w ……………… z następujących posiłków:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Wszystkie dni w tygodniu** | **Poniedziałek** | **Wtorek** | **Środa** | **Czwartek** | **Piątek** |
| **OBIAD** |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………….. …..……………………………………………………..

(miejscowość i data) (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)