**OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z POSIŁKÓW**

Informuję, że moje dziecko

..................................................................................................
imię, nazwisko, klasa

od miesiąca ................................................ nie będzie korzystać z obiadów w stołówce szkolnej w Szkole Podstawowej im. Powstańców Wielkopolskich w Skoraszewicach.

Skoraszewice,dn.............................. ..............................................
 Podpis rodzica/opiekuna prawnego