

Pabianice, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

**Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 9
z Oddziałami Integracyjnymi
im. Jana Długosza w Pabianicach**

REZYGNACJA Z OBIADÓW W STOŁÓWCE SZKOLNEJ

Informuję, że moje dziecko.....
(imię i nazwisko dziecka) (klasa)

od dnia nie będzie korzystać z obiadów w stołówce
szkolnej.

.....
(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)