

REZYGNACJA UCZNIA Z OBIADÓW W STOŁÓWCE SZKOLNEJ
ZESPÓŁ SZKOLNO-PRZEDSZKOLNY NR 9
w Gdańsku
w roku szkolnym 2026/2027
od dnia

IMIĘ I NAZWISKO UCZNIA: **KLASA:**

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA:

ADRES ZAMIESZKANIA:

NUMER KONTA BANKOWEGO, NA KTÓRY NALEŻY DOKONAĆ ZWROTU NADPŁATY ZA OBIADY
(WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN):

Gdańsk, dnia

.....
podpis rodzica/opiekuna