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

Zielona Góra, dn. .....

……
(adres zamieszkania rodzica/opiekuna prawnego)

……

…….
(numer telefonu)

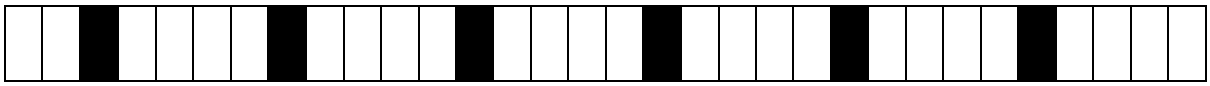
Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 1
im. Henryka Sienkiewicza
w Zielonej Górze

Proszę o zwrot wpłat za obiady mojego syna/córki ……
(nazwisko i imię)

…… ucznia/uczennicy klasy ……..

Liczba dni, za które dokonano odpisów: ……dni.

Numer konta, na które należy zwrócić należność:



Nazwa banku ……

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

---

**<u>Wypełnia szkoła</u>**

Potwierdzam dokonanie odpisów w dniach: …….

……

kierownik świetlicy

……
(data, podpis kierownika)