.....
(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

Zwracam się z prośbą o zwrot wpłat za obiady mojego syna/córki

....
(nazwisko i imię) (PESEL)

zamieszk. .....
(adres zameldowania)

Liczba dni za które dokonano odpisów: ……dni

Numer konta, na które należy zwrócić należność:

Nazwa banku ……

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

Wypełnia szkoła

Potwierdzam dokonanie odpisów w dniach: …….

……

Kierownik świetlicy szkolnej

……
(data, podpis kierownika)