

Piastów, dn.

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

Dyrekcja Szkoły Podstawowej Nr 5
w Piastowie

Dotyczy ucznia: klasa:

Proszę o zwrot nadpłaconej w miesiącu: kwoty za żywienie.

Do rozliczenia są następujące dni:
proszę wpisać daty

Łączna ilość dni nieobecnych: x 7,00zł (stawka żywieniowa)

stanowi kwotę : zł

Nr konta :

.....
podpis rodzica/ opiekuna