

Golina, dnia r.

Nadawca:

.....
.....
.....

Do:
Szkoła Podstawowa im Juliusza Słowackiego w Golinie
ul. Wolności 20 62-590 Golina
(Intendent / Księgowość)

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY ZA OBIADY

Zwracam się z prośbą o zwrot nadpłaty / niewykorzystanych środków za posiłki mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

Klasa:

Prośbę swoją motywuję (zaznacz właściwe lub wpisz):

[] Nieobecnością dziecka w szkole w dniach:

[] Rezygnacją z posiłków od dnia:

[] Inną przyczyną:

Proszę o przekazanie zwrotu na poniższy rachunek bankowy:

Właściciel rachunku:

Numer konta: __ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna)