

Rok szkolny

**Deklaracja
korzystania ucznia z obiadów
w Publicznej Szkole Podstawowej im. H. Sienkiewicza w Wielkich Oczach**

1. Imię i nazwisko ucznia

2. Klasa

3. Deklaruję, że moje dziecko będzie korzystać z żywienia w szkole w następujące dni tygodnia:

poniedziałek	tak	nie	* otocz kółkiem właściwe
wtorek	tak	nie	
środa	tak	nie	
czwartek	tak	nie	
piątek	tak	nie	

4. Potwierdzam, że zapoznałam/-łem się z Regulaminem korzystania z żywienia w Publicznej Szkole Podstawowej w Wielkich Oczach.

.....
(data)

.....
(podpis rodzica / opiekuna)