

## Zgłoszenie na dożywianie

.....  
miejsowość, dnia

.....  
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Proszę o umożliwienie korzystania z bezpłatnego/płatnego\* dożywiania mojemu dziecku/  
podopiecznemu/moim dzieciom/ podopiecznym:

.....  
Imię i nazwisko, klasa

.....  
Imię i nazwisko, klasa

.....  
Imię i nazwisko, klasa

.....  
Imię i nazwisko, klasa

**a) jednocześnie zobowiązuję się uiszczać należności za dożywianie do 20-go dnia  
każdego miesiąca na konto:**

**ZEAS-SOSW SŁUBICE 61 8369 0008 0068 4369 2000 0100 oraz jestem  
świadom, iż brak wpłaty spowoduje natychmiastowe uniemożliwienie  
korzystania z dożywiania (dotyczy płatnych obiadów)**

.....  
podpis rodzica/opiekuna

b) Pokrywanie kosztów dożywiania przez Ośrodek Pomocy Społecznej- potwierdzenie przyznania  
pomocy finansowej

.....  
pieczętka OPS

Akceptacja komisji

Komisja w składzie:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

na posiedzeniu w dniu,.....

