

**Oświadczenie rodzica, którego dziecko, będzie korzystało z dofinansowania
do odpłatnego posiłku obiadowego**

Imię i nazwisko dziecka..... klasa

Adres zamieszkania.....

Tel. kontaktowy do rodzica..... Adres e-mail rodzica:.....

Okres obowiązywania dofinansowania od do

Forma płatności przelew na konto nr: 95 1160 2202 0000 0003 4190 4597

Cena posiłku 5 zł

Wariant żywieniowy (zaznaczyć właściwy wariant):

☐ **5 dni w każdym tygodniu**

☐ **4 dni w każdym tygodniu (poniedziałek, wtorek, środa, czwartek, piątek)**

☐ **3 dni w każdym tygodniu (poniedziałek, wtorek, środa, czwartek, piątek)**

Oświadczam, również, że będę regularnie płacił(-a), za posiłki obiadowe mojego dziecka, jednak nie później, jak do piątego dnia każdego miesiąca, za dany miesiąc, np. za luty – nie później jak do piątego dnia w miesiącu lutym.

Wszelkie nieobecności dziecka na obiadach należy zgłaszać z jednodniowym wyprzedzeniem, aby dany posiłek został odliczony od abonamentu miesięcznego. Jest także możliwość odebrania posiłku przez rodzica (opiekuna), w dniu nieobecności dziecka.

Wszelkie nieobecności i pytania prosimy kierować pod adres e-mail **sp6reda@wp.pl**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu płatności za posiłki, przyjmuję do wiadomości treści w nim zawarte i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów

Reda, dnia.....

.....

Podpis rodzica(opiekuna)