

.....
data

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
klasa

OŚWIADCZAM,
ŻE ZAPOZNAŁAM/ŁEM SIĘ I ZAAKCEPTOWAŁAM/ŁEM
OBOWIĄZUJĄCY REGULAMIN STOŁÓWKI
W SAMORZĄDOWEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 6
WE WRZEŚNI

.....
tel. kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego

.....
podpis rodzica/opiekuna

.....
podpis ucznia

.....
data

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
klasa

OŚWIADCZAM,
ŻE ZAPOZNAŁAM/ŁEM SIĘ I ZAAKCEPTOWAŁAM/ŁEM
OBOWIĄZUJĄCY REGULAMIN STOŁÓWKI
W SAMORZĄDOWEJ SZKOLE PODSTAWOWEJ NR 6
WE WRZEŚNI

.....
tel. kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego

.....
podpis rodzica/opiekuna

.....
podpis ucznia