………………………………………………….. ………………………………………………………

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna) ( Miejscowość, data )

……………………………………………………

……………………………………………………

…………………………………………….……..

 ( Adres )

 Dyrektor

Szkoły Podstawowej nr 19 im. Ireny Sendlerowej w Kielcach

25-520 Kielce

ul. Targowa 3

**Wniosek**

 **o zwrot pieniędzy, za niewykorzystane ,a opłacone obiady w miesiącu marcu 2020r.**

Proszę o zwrot pieniędzy za niewykorzystane a opłacone obiady ucznia……………………………………………..

klasy…………… na konto bankowe o numerze ……………………………………………………………………………………….

……………………………………………………. ………………………………………………………………

( Podpis zatwierdzającego ) ( Podpis rodzica/opiekuna )