



## ZGŁOSZENIE NA DOŻYWIANIE

Słubice, dn.....

.....  
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego

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

Jednocześnie zobowiązuję się do systematycznego opłacania należności za  
dożywianie na poniższe konto:

**POWIAT SŁUBICKI- SOSW**  
**62 8369 0008 0070 4298 2000 0010**

Jestem świadomy faktu, 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.

.....  
Pieczęć OPS

Akceptacja komisji:

1.....

2.....

3.....

4.....

na posiedzeniu w dniu, .....