..................................................

(miejscowość, data) ...........................................................

(imię i nazwisko rodzica, opiekuna)

...........................................................

...........................................................

...........................................................

(adres)

**Dyrektor**

**Szkoły Podstawowej nr 2**

**z Oddziałami Integracyjnymi**

**im. Jarosława Iwaszkiewicza**

**ul. Reymonta 16**

**59-900 Zgorzelec**

# Wniosek o zwrot wpłaty za obiady

W związku z dokonaniem płatności za obiady po regulaminowym terminie za miesiąc ……………………… roku

...........................................................................................................................

(imię i nazwisko ucznia , klasa, rok szkolny)

na rachunek Szkoły Podstawowej nr 2 w Zgorzelcu proszę o zwrot nienależnie wpłaconej kwoty w kwocie .........................

na konto bankowe …………………………………………………………………………......

(proszę podać nr konta, na które zostaną zwrócone środki)

....................................................

(podpis rodzica, opiekuna)