

.....
Imię i nazwisko rodzica

.....
Telefon kontaktowy do rodzica

Deklaracja korzystania z żywienia

Deklaruję, że moje dziecko:

.....
(imię i nazwisko ucznia),
uczeń
(klasa i szkoła: gimnazjum / liceum).

będzie korzystać z wyżywienia (zestaw obiadowy) w stołówce szkolnej Zespołu Szkół Ogólnokształcących Nr 2 w Legionowie przy ul. Królowej Jadwigi 11 w roku szkolnym 2017/2018 w terminie **od dniar.**

1. Zobowiązuję się do terminowych wpłat za wyżywienie według podawanego harmonogramu, w przypadku braku wpłaty w terminie, jestem świadomy, że dziecko zostanie skreślone z listy żywieniowej.
2. W przypadku nieobecności mojego dziecka w szkole, zobowiązuję się do zgłoszenia jego nieobecności co najmniej jeden dzień wcześniej. W wyjątkowych sytuacjach możliwe jest zgłoszenie nieobecności dnia bieżącego, najpóźniej do godz. 8:00 w dniu nieobecności, pod nr tel. **603 325 265**.
Rozliczenia płatności za obiad będą się odbywały systematycznie z miesiąca na miesiąc.
3. Za zgłoszone nieobecności za miesiąc czerwiec 2018r. złożę pisemny wniosek z prośbą o zwrot na konto.
4. W przypadku podjęcia decyzji o zaprzestaniu korzystania z wyżywienia złożę pisemną rezygnację na ręce Intendenta lub mailem na adres: wg@cis.legionowski.pl z pięciodniowym wypowiedzeniem.
5. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku braku złożenia rezygnacji, posiłki będą codziennie przygotowywane dla dziecka i zobowiązuję się za nie zapłacić.
6. Poinformuję Powiatowe Centrum Integracji Społecznej w Legionowie o zmianie mojego telefonu kontaktowego.
7. Potwierdzam, że zapoznałem się z zasadami korzystania z obiadów w stołówce szkolnej.
8. Zobowiązuję się do dokonania wpłaty za wyżywienie w terminie **z góry do 5 dnia każdego miesiąca:**
 - a) cena zestawu obiadowego wynosi: **6,50 zł**,
 - b) **wpłata za obiady** dokonywana jest gotówką u Intendenta w stołówce szkolnej lub na konto bankowe: Bank Spółdzielczy w Legionowie, numer rachunku: 20 8013 0006 2001 0017 1726 0001, tytułem: dla gimnazjum: G - wpłata za obiady, imię i nazwisko dziecka, klasa, za miesiąc
dla liceum: L - wpłata za obiady, imię i nazwisko dziecka, klasa, za miesiąc

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna



POWIATOWE CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ W LEGIONOWIE

Powiatowe Centrum Integracji Społecznej w Legionowie
ul. gen. Władysława Sikorskiego 11 05-119 Legionowo
Tel. 22 732 15 58 e-mail: biuro@cis.legionowski.pl