

.....
imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna

.....
miejsowość, data

.....

.....
adres

Dyrektor
Szkoły Podstawowej
w Koczargach Starych

WNIOSEK O ZWROT NADPŁATY

Proszę o zwrot nadpłaconej kwoty za posiłki mojego dziecka:

.....
imię i nazwisko ucznia

w wysokościzłoty na numer mojego konta bankowego:
numer konta

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna