

Deklaracja zgłoszenia ucznia na obiady do stołówki szkolnej
w Zespole Szkół im. Jana Pawła II w Brzozie Królewskiej
w roku szkolnym 2019/20

Imię i nazwisko ucznia..... klasa

Imię i nazwisko ucznia..... klasa

Imię i nazwisko ucznia..... klasa

Imię i nazwisko ucznia..... klasa

Imię i nazwisko rodzica..... tel. kontaktowy.....

adres zamieszkania

Numer konta bankowego, na który rodzic dokonuje wpłaty za obiady:

59 1240 2630 1111 0010 3755 1662

Numer konta bankowego, na który dokonywane będą zwroty nadpłat za obiady:

.....

Zasady korzystania z usług stołówki szkolnej:

1. **Cena obiadu dwudaniowego (zupa, drugie danie, kompot) wynosi 4,00zł.**
2. Wpłata za obiady dokonywana jest z góry od **1 do 10-go dnia każdego miesiąca.**
3. Dokonując wpłat należy podać w tytule: **imię i nazwisko dziecka, klasę oraz miesiąc wpłaty.**
4. Rodzic zobowiązany jest do przesłania dowodu wpłaty na adres e-mailowy zsbrozak.intendent@op.pl lub **dostarczyć osobiście do Intendentki szkolnej.**
5. **Nieobecność** ucznia na obiadach zgłaszać należy osobiście lub telefonicznie do Intendentki szkolnej, tel. **17 240 12 08** w dniu poprzedzającym nieobecność lub do godz. **8.00** danego dnia.
W przypadku braku zgłoszenia nie będzie dokonywany odpis.
6. Wszystkie nieobecności zgłoszone z zachowaniem powyższego terminu będą odliczane od wpłaty za kolejny miesiąc. Nie będą odliczane nieobecności niezgłoszone lub zgłoszone po terminie.
7. W przypadku rezygnacji z obiadów, fakt ten należy zgłosić pisemnie do Intendentki szkolnej do **20-ego dnia miesiąca**, w którym uczeń korzysta z obiadów.

Deklaracja:

- Potwierdzam, że zapoznałam/em się z zasadami korzystania z usług stołówki szkolnej.
- Deklaruję korzystanie z obiadów w stołówce szkolnej na wyżej wymienionych zasadach w okresie od do
- Rodzic podpisując deklarację zobowiązuje się do wykupienia obiadów 5dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku).
- Zobowiązuję się do dokonywania terminowych opłat.
W przypadku niedokonywania wpłat w powyższym terminie naliczane będą ustawowe odsetki za każdy dzień zwłoki. **Zaległość w płatności za dany miesiąc żywieniowy powoduje wstrzymanie wydawania obiadów od kolejnego miesiąca.**

.....

data

.....

podpis rodzica / opiekuna