**Deklaracja wykupienia obiadów w firmie Smaki Smaczki wydawanych**

**w Liceum bł. ks. J. Popiełuszki i Szkole Podstawowej św. Franciszka z Asyżu**

**w Magdalence**

**w roku szkolnym 2017 /2018**

1. Imię i nazwisko i klasa

ucznia …………………………………………………………………………………….

1. Imię i nazwisko rodzica ………………………………………………………….

telefon kontaktowy do rodziców …………………………………………..

1. Zasady korzystania z obiadów w szkole :
2. Cena obiadu :10,00 zł ( II danie + kompot /woda +owoc )
3. Wpłata za obiad dokonywana jest z góry w terminie do 5 dnia każdego miesiąca na numer konta Smaki smaczki mBank

nr. 75114020040000350277068113

1. Nieobecność ucznia należy zgłosić telefonicznie danego dnia do godziny 8.00 nr. 539335173 Lub 693255473 e –mail obiady.smakismaczki@o2.pl
2. Niezgłoszona nieobecność nie podlega zwrotowi .
3. Proszę o podanie w jakie dni tygodnia Państwa dziecko będzie jadło obiady

……………………………………………………………………………………………………………….

1. Proszę o podanie czy Państwa dziecko ma alergię pokarmową , jeśli tak to jaka ………………………………………………………………………………………………………..

**Ważne ! Rezygnacje z obiadów należy zgłosić w firmie Smaki smaczki pod numerem telefonów j/w przed rozpoczęciem nowego miesiąca**

**Deklaruję korzystanie z obiadów w roku szkolnym 2017 /2018 od września 2017 do czerwca 2017 oraz zobowiązuję się do dokonywanie wpłat w terminie do 5 dnia każdego miesiąca**

**W przypadku niedokonania wpłaty wstrzymujemy wydawanie obiadu**

**Data …………………………….**

**Podpis rodzica / opiekuna ………………………………………………………………**

* Każdego pierwszego dnia miesiąca , zostaną Państwo poinformowani

SMS –em o kwocie zapłaty za obiady , za następny miesiąc

* W m-c wrzesień opłatę za obiady należy dokonać do dnia 20.09 .2017 r.