

Gdańsk, dnia

**REZYGNACJA Z OBIADÓW W STOŁÓWCE SZKOLNEJ ZKPiG nr 17 w Gdańsku
ul. Wąsowicza 30**

Zgłaszam rezygnację:

.....

(imię, nazwisko, klasa, szkoła)

z obiadów w stołówce szkolnej od

Dane rodzica (opiekuna prawnego):

Imię i nazwisko

e-mail tel. kontaktowy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wyżej wymienionych danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. nr 133 poz.883) ze zmianami (tekst jednolity: Dz. U. 2014 r. poz. 1182, zmiany Dz. U. z 2014 r. poz. 1662).

.....

podpis rodzica (opiekuna prawnego)

Data wpływu do ZKPiG nr 17 Podpis (wypełnia pracownik szkoły)