TEL. KONTAKTOWY DO RODZICÓW: ……………………………………………………………………………….

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA NA OBIADY**

**W STOŁÓWCE SP NR 5**

Imię i nazwisko: …………………………………………………..… klasa: …………………..

 Adres zamieszkania: ……….................................................................................

 ...........................................................................................

 Imiona i nazwiska

 rodziców (opiekunów ) : …………………………………………………...............................

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

 ……………………………………………………………………………………..

Dodatkowe informacje o dziecku (choroby, wady rozwojowe, alergie pokarmowe ):
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**TEL KONTAKTOWY**: **32 215 96 72**

 **wewnętrzny : 26**