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**