Warszawa, dnia …………………

…………………………………………

 Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Do Dyrektora

Przedszkola nr 123 „Ocean Marzeń”

ul. Syrokomli 26

03-335 Warszawa

Podanie

Proszę o zwrot kosztów żywienia w kwocie …………………………mojego dziecka:

…..……………………………………………………za nieobecne dni w ……………........

 imię i nazwisko dziecka

Nr konta:……………………………………………………………………………………..

.

…………………………

 podpis rodzica/opiekuna

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

wypełnia przyjmujący wniosek

ilość dni – ………………………..

Kwota do zapłaty - ………………

………………………………….

podpis przyjmującego wniosek