Krynki, dn. …………………………r.

**Kierownik stołówki ZSS w Krynkach**

Proszę o możliwość korzystania z obiadów **pełnych/ niepełnych\* (tylko zupa)** szkolnych mojego dziecka/dzieci:

1. …………………………………………………….. klasa ………………
2. …………………………………………………….. klasa ………………
3. …………………………………………………….. klasa ………………

Obiady będą finansowane przez \*

1. rodziców/ opiekunów prawnych
2. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krynkach

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku zgodnie z RODO, z dnia 25 maja 2018r.*

………………………………………………………..

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

*\*Niepotrzebne skreślić*