**DEKLARACJA**

**korzystania z obiadów w stołówce szkolnej w Szkole Podstawowej im. H. i K. Dulębów
 w Zespole Szkolno – Przedszkolnym w Wąwolnicy roku szkolnym 2018/2019**

imię nazwisko i rodziców/opiekuna prawnego ………………………………………………………..

adres zamieszkania ucznia ……………………………………………………………………………..

telefon kontaktowy ……………………………………………………………………………………..

Niniejszym deklaruję korzystanie w roku szkolnym 2018/2019 przez mojego syna /córkę z obiadów szkolnych :

zupa TAK/NIE

pełny obiad TAK /NIE

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

 imię i nazwisko dziecka klasa

1. Zapisy na obiady przyjmowane są w sekretariacie szkoły lub u intendentki. Zgłoszenia dokonują rodzice, wypełniając druk niniejszej deklaracji (podpis obojga rodziców).

 2. Opłata wnoszona przez rodziców (opiekunów prawnych) obejmuje koszt produktów użytych do przygotowania posiłków i wynosi **4,00 zł –pełny obiad, 1,50 zł – zupa.**

3. Opłata miesięczna za korzystanie z posiłków w stołówce szkolnej stanowi iloczyn opłaty za posiłek i liczby dni w danym miesiącu, w którym są wydawane posiłki.

 4. W przypadku nieobecności ucznia w szkole przysługuje częściowy zwrot opłaty miesięcznej, pod warunkiem zgłoszenia nieobecności **do godz. 7:30 u intendentki pod nr tel. 509059528**

5. Kwota zwrotu opłaty za korzystanie z posiłków stanowi iloczyn opłaty za jeden posiłek i liczby dni nieobecności ucznia.

6. Zwrotu opłaty dokonuje się w miesiącu następującym po miesiącu, w którym wystąpiły nieobecności, w formie zmniejszenia opłaty za obiady za ten miesiąc za wyjątkiem miesiąca czerwca.

**Oświadczam, że:**

1. Zobowiązuję się wnosić opłatę za korzystanie z obiadów w stołówce szkolnej do **10-go dnia każdego miesiąca na konto BS Nałęczów 32 8733 0009 0000 0534 2000 0030**

2. W przypadku nieterminowego dokonywania wpłat zostaną naliczone ustawowe odsetki.

3. W przypadku niezapłacenia w danym miesiącu uczeń zostanie skreślone z listy korzystających z obiadów.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie zawartych w treści danych osobowych w celach planowania, weryfikacji i rozliczeń za obiady.

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

czytelny podpis matki/ opiekuna prawnego czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego

**ZWROT NADPŁAT**

Nadpłatę proszę przekazać na rachunek bankowy:

Numer :……………………………………………………………..…………………………

Pełna nazwa banku : ………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko właściciela rachunku : ………………………………………………………