Suwałki, dnia …….

.....
(imię i nazwisko rodzica, opiekuna)

……..

……..

……..
(adres)

Dyrektor
Szkoły Podstawowej nr 6
im. Aleksandry Kujałowicz
w Suwałkach
ul. Sejneńska 12
16-400 Suwałki

Wniosek o zwrot nadpłaty za obiady

Proszę o zwrot nadpłaty za obiady, za ucznia .....

kl. ....., w wysokości .....zł

Na konto bankowe o numerze:

Imię i nazwisko , adres (właściciela konta)

……

……

……
(Podpis rodzica, opiekuna)