Filipów, dn. …………………………………..

………………………………………………………….

( imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

……………………………………………………..

(adres)

**Dyrektor Szkoły Podstawowej**

 **Im. Jana Pawła II w Filipowie**

Proszę o zwrot nadpłaty za obiady, za ucznia ……………………………………………. ( kl. ………………..),

na konto bankowe o numerze :

………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………

 podpis rodzica