

KÉRELEM

étkezési típus megváltoztatására

Leadási határidő: befizetést megelőző hónap 20-a

Alulírott.....

e-mail cím:..... kérem, hogy
..... (név, osztály, csoport) nevű
gyermekem, étkezését 201.....-tól visszavonásig, az alább
aláhúzottak szerint megrendelni szíveskedjenek:

Diétás étkezés igénybe vétele: IGEN* (orvosi igazolás szükséges) NEM*

1. Óvodai étkezés
2. Általános iskolai 3X-i étkezés
3. Általános iskolai ebéd
4. Gimnáziumi ebéd

Budapest, 201.....

aláírás

*megfelelő aláhúzendó