

KÉRELEM

étkezési típus megváltoztatására

Leadási határidő: a számla kiállítását megelőző hónap 20-a

Alulírott.....

e-mail cím:..... kérem, hogy
..... (név, iskola, osztály) nevű
gyermekem, étkezését 20.....-tól visszavonásig, az alább
aláhúzottak szerint megrendelni szíveskedjenek:

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

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

Budapest, 20.....

aláírás

*megfelelő aláhúzendó