

.....
(NAZWISKO I IMIĘ)

Brzeziny dnia.....

.....
(ADRES)

.....
(TELEFON)

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Brzezinach

Proszę o przyznanie mi pomocy w formie dożywiania dzieci w szkole, tj.

1
(IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA) (DATA URODZENIA)

.....
(KLASA, SZKOŁA)

2
(IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA) (DATA URODZENIA)

.....
(KLASA, SZKOŁA)

3
(IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA) (DATA URODZENIA)

.....
(KLASA, SZKOŁA)

4
(IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA) (DATA URODZENIA)

.....
(KLASA, SZKOŁA)

.....
(PODPIS RODZICA)