

**ZESPÓŁ PLACÓWEK IM. JANA PAWŁA II W LUBACZOWIE**

ul. Kościuszki 145, 37-600 Lubaczów, tel/fax (16) 632 10 88,

NIP 793 134 05 69 REGON 650956643

*Załącznik nr 3  
do regulaminu korzystania ze stołówki szkolnej  
w Zespole Placówek im. Jana Pawła II w Lubaczowie*

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Lubaczów, dnia .....

.....  
(PESEL Wnioskodawcy)

.....  
(adres)

.....  
(telefon)

**Dyrektor  
Zespołu Placówek  
im. Jana Pawła II  
w Lubaczowie**

**Wniosek w sprawie zwolnienia z opłat za korzystanie przez ucznia z posiłków w stołówce  
Zespołu Placówek im. Jana Pawła II w Lubaczowie**

Zwracam się z prośbą o częściowe / całkowite zwolnienie z odpłatności za wyżywienie  
mojego dziecka ..... ur. ....,  
które realizuje obowiązek szkolny w Zespole Placówek im. Jana Pawła II w Lubaczowie.

**UZASADNIENIE:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Do wniosku dołączam:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

.....  
(podpis)

**ZESPÓŁ PLACÓWEK IM. JANA PAWŁA II W LUBACZOWIE**

ul. Kościuszki 145, 37-600 Lubaczów, tel/fax (16) 632 10 88,

NIP 793 134 05 69 REGON 650956643

**Oświadczenie  
rodziców ucznia o sytuacji materialnej rodziny**

1. Liczba osób w rodzinie pozostająca we wspólnym gospodarstwie .....

2. Dorośli członkowie rodziny i dzieci:

| Lp. | Nazwisko i Imię | Stopień pokrewieństwa | Wiek | Nazwa zakładu pracy lub szkoły | Zarobki |
|-----|-----------------|-----------------------|------|--------------------------------|---------|
| 1   |                 |                       |      |                                |         |
| 2   |                 |                       |      |                                |         |
| 3   |                 |                       |      |                                |         |
| 4   |                 |                       |      |                                |         |
| 5   |                 |                       |      |                                |         |
| 6   |                 |                       |      |                                |         |
| 7   |                 |                       |      |                                |         |
| 8   |                 |                       |      |                                |         |
| 9   |                 |                       |      |                                |         |
| 10  |                 |                       |      |                                |         |
| 11  |                 |                       |      |                                |         |
| 12  |                 |                       |      |                                |         |

Świadomy odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że przedstawione przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
miejscowość , data

.....  
podpis ojca, matki, opiekuna

\*- niepotrzebne skreślić

**WYPEŁNIA PLACÓWKA**

Łączny dochód osiągnięty przez członków rodziny wynosi miesięcznie.....zł,

w tym na 1 osobę przypada .....zł.