

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsce zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

**Do Kierownika Gminnego
Ośrodka Pomocy Społecznej
w Gzach**

Zwracam się z prośbą o objęcie moich/mojego dzieci/dziecka

1.
(imię i nazwisko) (data urodzenia) (nazwa szkoły i klasa)
2.
(imię i nazwisko) (data urodzenia) (nazwa szkoły i klasa)
3.
(imię i nazwisko) (data urodzenia) (nazwa szkoły i klasa)
4.
(imię i nazwisko) (data urodzenia) (nazwa szkoły i klasa)
5.
(imię i nazwisko) (data urodzenia) (nazwa szkoły i klasa)

bezpłatnym dożywianiem w okresie od do w dniach nauki szkolnej z powodu ¹:

- ubóstwa,
- bezrobocia,
- niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby,
- wielodzietności,
- rodzina niepełna,
- inne (jakie?)

.....
.....

.....
(podpis)

¹ Podkreślić powód, w przypadku bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, prosimy dostarczyć odpowiednie dokumenty.