|  |  |
| --- | --- |
| ..................................................................................... (imię i nazwisko Rodzica )  | Sokołowice , dnia ……….......... |

**Oświadczenie**

**o wyrażeniu zgody na otrzymywanie korespondencji drogą elektroniczną**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na otrzymywanie korespondencji

od Szkoły Podstawowej im. Orła Białego w Sokołowicach dotyczącej miesięcznego rozliczenia za wyżywienie mojego dziecka w Szkole Podstawowej im. Orła Białego w Sokołowicach , drogą elektroniczną na adres e-mail (proszę wpisać wyraźne i drukowane litery):

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………….. |

Oświadczam, że będę odbierał/a w/w korespondencję pod wskazanym adresem

e-mail.

Zobowiązuję się do każdorazowego i natychmiastowego podania zmiany tego adresu

świadomy/-a, że do tego czasu doręczenie korespondencji na dotychczasowy adres

e-mail będzie skuteczne.

Za datę otrzymania korespondencji uznaję datę jej wysłania przez sekretariat Szkoły Podstawowej im. Orła Białego w Sokołowicach.

**Informację Szkoła Podstawowa im. Orła Białego w Sokołowicach będzie wysyłała z adresu:**

**posiłek.sok@olesnica.wroc.pl**

*\* niepotrzebne skreślić*

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

 czytelny podpis