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

Meno a priezvisko, adresa bydliska žiaka alebo zákonného zástupcu žiaka, ak nie je plnoletý

SOŠChKaS

Štúrova 74

927 01 Šaľa

V.................................dňa.....................

Žiadosť o zaslanie preplatku

Dolupodpísaný(á)..............................................................,týmto žiadam o zaslanie preplatku

za stravu v školskom roku 20....../20......žiakovi/žiačke

Meno a priezvisko .............................................................

Trieda .............................................................

Variabilný symbol ..............................................................

Číslo účtu IBAN SK ..............................................................

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

Podpis žiadateľa

Stravovanie v ŠJ ukončené dňa.............................................

Výška preplatku .............................................

Vyjadrenie vedúcej ŠJ .............................................