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

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