



ODHLÁŠKA ZE ŠKOLNÍHO STRAVOVÁNÍ / VRÁCENÍ ZÁLOHY ČIPU

Jméno a příjmení žáka/žákyně:

Adresa bydliště:

Třída:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Odhlášuji své dítě ze školního stravování s platností od:

Přeplatek zaslat na účet číslo:*

Přeplatek převést na účet sourozence:*

****Vyberte jednu z možností.***

Odhlášku doručte do kanceláře školní jídelny nebo třídnímu učiteli.

Datum:

Podpis zákonného zástupce _____

VYROVNÁNÍ PŘEPLATKU – DOPLNÍ ŠKOLA		
Výše přeplatku Kč	Variabilní symbol	Vyrovnáno
		HOTOVĚ – PŘEVODEM - SOUROZENEC