Základná škola s MŠ, Námestie Slov. učeného tovarišstva 15, Trnava 91701

Žiadosť o vrátenie preplatku za stravu

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: ...................................................................

Trvalé bydlisko: ...................................................................

Meno a priezvisko dieťaťa: .....................................................................

Trieda: .....................................................................

Bydlisko dieťaťa: .....................................................................

Číslo účtu platiteľa stravného IBAN: .....................................................................

V Trnave, dňa: ................................

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

 Podpis zákonného zástupcu