SOŠ potravinárska

Cabajská 6

949 01 Nitra

V Nitre, dňa ................................

**Vec Žiadosť o vrátenie preplatku za stravu (pre žiakov neubytovaných na ŠI)**

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

Dátum narodenia žiaka .................................................................................................................

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

Číslo účtu na vrátenie preplatku (IBAN) ....................................................................................

S pozdravom

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

 podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka

**Vyplní Ing. Majerčíková na sekretariáte školy:**

Preplatok žiaka/žiačky za stravu:

áno výška preplatku v € ……………………………

nie

Čip za stravu vrátený:

áno

nie

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

podpis