**PREPLATKY STRAVY ŠJ pri ZŠ Dolné Zelenice Tlačivo na vyplnenie – ŠJ pri ZŠ Dolné Zelenice**

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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .................................. **žiada – nežiada** o vrátenie preplatku stravy na bankový účet – číslo účtu v tvare IBAN ...............................................................................

Dátum:................................

Podpis zákonného zástupcu:.....................................................................................