Meno a adresa plnoletého žiaka/zákonného zástupcu neplnoletého žiaka:

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