Meno a adresa zákonného zástupcu

Základná škola

Lichardova 24

010 01 Žilina

 V Žiline, dňa ..............................

**VEC**

**Žiadosť o vrátenie poplatku za pobyt v ŠKD**

V zmysle VZN o výške príspevkov na čiastočnú úhradu nákladov v školách a školských zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti Mesta Žilina č. **13/2019** a doplnenia VZN č. **5/2020** žiadam o vrátenie poplatku za pobyt v ŠKD za mesiac .............................. 2021 za žiaka ..............................................................................................., trieda .............................. .

Sumu žiadam zaslať na bankový účet:

IBAN ........................................................................................................... .

S pozdravom

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

 podpis zákonného zástupcu