
(meno, priezvisko a bydlisko zákonného zástupcu žiaka)

Mesto Nesvady
Obchodná 23
946 51 Nesvady

Vec:

**Žiadosť o preplatenie stravného v zmysle § 4 ods. 6 zákona č. 544/2010 Z.z. o dotáciách
v pôsobnosti MPSVR SR.**

Meno a priezvisko žiaka :

Dátum narodenia :

Škola, ktorú žiak navštevuje:

Šk. rok **ročník ZŠ, ktorý žiak navštevuje**

Obdobie, za ktoré rodič žiada preplatiť stravné

Počet dní, v ktorých sa žiak zúčastnil vyučovania v danom mesiaci:

Podpis zákonného zástupcu žiaka

Výpočet úhrady stravného za daný mesiac:

za oddelenie ŠaVS

Súhlas zriaďovateľa s vyplatením:

Zoltán M o l n á r

primátor mesta

Prílohy:

1. potvrdenie odborného lekára o zdravotnom stave, ktorý vyžaduje diétne stravovanie
2. potvrdenie školy o účasti na vyučovaní za dané obdobie