––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

Meno, priezvisko, bydlisko /zákonný zástupca/

 Spojená škola

 Scota Viatora 8

 034 01 Ružomberok

 Školská kuchyňa a jedáleň

Vec:

**Žiadosť o vrátenie preplatku zo stravného**

Žiadam o vrátenie preplatku zo stravného

pre žiaka/žiačku ..................................................................................................................

na číslo účtu IBAN .............................................................................................................

V Ružomberku dňa: ................................................

 Podpis rodičov: ........................................................

 (ak žiak nemá 18 rokov)

 Podpis žiaka/žiačky .................................................