**ŽIADOSŤ O VRÁTENIE PREPLATKU**

Žiadam o vrátenie preplatku za :

* **ŠKD**
* **Stravu**

(˚ nehodiace sa zmazať/prečiarknúť)

Meno dieťaťa:

Trieda:

Vaše číslo účtu:

Zákonný zástupca ( meno a priezvisko):

Mail:

Telefón:

Dátum:

Zaslať na adresu:

zastupca2@zsbernolakovo.sk

0911 600 304