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

Meno a adresa zákonného zástupcu dieťaťa, rodné číslo rodiča

 MŠ/ ŠJMŠ

 Ul. D. Krmana 334/6

 971 01 Prievidza

 V Prievidzi dňa: .............................

Vec: **Žiadosť o vrátenie - presun preplatku/omylom uhradeného mesačného príspevku na čiastočnú úhradu výdavkov v materskej škole**, **školskej jedálni pri materskej škole**\*

Žiadam Vás **o vrátenie – presun**  preplatku/ omylom uhradeného mesačného príspevku na čiastočnú úhradu výdavkov v materskej škole \* vo výške **.......................... €,** ktorý som uhradil(a) v zmysle § 28 ods. 3 a ods. 5 a§ 140 ods. 9 zákona NR SR č. 245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v súlade s platným VZN mesta Prievidza o určení príspevkov od zákonných zástupcov detí v platnom znení za dieťa: ................................................................., narodené: .....................................

za mesiac: ........................................................ na mesiac:......................................................

z dôvodov:

* **zdravotných** \* (priložte potvrdenie od lekárky)
* **rodinných**
* **iných** ............................................................................................................................. ( uveďte dôvod napr. 2x uhradený poplatok ap.)

Číslo účtu: ........................................................................................................................... .........

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

 Podpis zákonného zástupcu

**Vyjadrenie riaditeľky MŠ : Súhlasím – Nesúhlasím\***

**Zdôvodnenie: .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Dátum : ................................................ pečiatka, podpis**

**Príloha:** Kópia dokladu o úhrade danej sumy

 Potvrdenie o lekárky\*