\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meno a priezvisko žiadateľa, adresa trvalého bydliska

Riaditeľstvo MŠ

Gagarinova 916

073 01 Sobrance

VEC: Žiadosť o vrátenie príspevku za pobyt dieťaťa v MŠ

Týmto žiadam o vrátenie príspevku za moje dieťa.................................................................,

nar..............................., bytom........................................................................., navštevujúce MŠ.............................................................................., za obdobie od...............do.......................

Vrátenie príspevku žiadam z dôvodu...........................................................................................

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

V...........................................dňa...............................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis žiadateľa

Vyjadrenie a potvrdenie lekára (od-do):

Vyjadrenie riaditeľky školy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pečiatka a podpis

Mgr. Liana Szilagyiová

riaditeľka MŠ