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

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