

PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Školní rok 20 . . / 20 . .

Jídlna: Základní škola a Mateřská škola Nové Sedlo, okres Louny příspěvková organizace
(název a adresa)

Přihlašuji své dítě (jméno dítěte):

Datum narození: _____ rodné číslo: _____ Státní občanství: _____

Trvalé bydliště: _____

ke školnímu stravování do školní jídelny: Základní škola a Mateřská škola Nové Sedlo, okres Louny příspěvková organizace

Žádám, aby se mé dítě stravovalo:

- A) celodenní pobyt – svačina – oběd – svačina
- B) polodenní, 6 hod. denně – svačina – oběd

Jméno a příjmení zákonných zástupců dítěte:

matka: _____ otec: _____

adresa trvalého pobytu:

adresa pro doručení písemností:

Telefonní spojení se zákonnými zástupci:

do zaměstnání: _____ pevná linka: _____

mobilní: _____ e-mail: _____

Datum přijetí do MŠ: _____

Den zahájení poskytování školního stravování: _____

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu hradit stravné v určeném termínu.

Způsob úhrady: A) Hotovost B) Bankovní převod

Údaje o zdravotních potížích dítěte, které mohou ovlivnit poskytování školního stravování: (písemně doložené ošetřujícím lékařem)

a) alergie na některé potraviny _____

b) bezlepková dieta

c) diabetik

d) jiné _____

V Novém Sedle dne **podpis zákonného zástupce** _____

PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Školní rok 20 . . / 20 . .

Jídlna: Základní škola a Mateřská škola Nové Sedlo, okres Louny příspěvková organizace
(název a adresa)

Přihlašuji své dítě (jméno dítěte):

Datum narození: _____ rodné číslo: _____ Státní občanství: _____

Trvalé bydliště: _____

ke školnímu stravování do školní jídelny: Základní škola a Mateřská škola Nové Sedlo, okres Louny příspěvková organizace

Žádám, aby se mé dítě stravovalo:

- A) celodenní pobyt – svačina – oběd – svačina
- B) polodenní pobyt, 6 hod. denně – svačina – oběd

Jméno a příjmení zákonných zástupců dítěte:

matka: _____ otec: _____

adresa trvalého pobytu:

adresa pro doručení písemností:

Telefonní spojení se zákonnými zástupci:

do zaměstnání: _____ pevná linka: _____

mobilní: _____ e-mail: _____

Datum přijetí do MŠ: _____

Den zahájení poskytování školního stravování: _____

Potvrzuji správnost údajů a zavazuji se, že budu hradit stravné v určeném termínu.

Způsob úhrady: A) Hotovost B) Bankovní převod

Údaje o zdravotních potížích dítěte, které mohou ovlivnit poskytování školního stravování: (písemně doložené ošetřujícím lékařem)

a) alergie na některé potraviny _____

b) bezlepková dieta

c) diabetik

d) jiné _____

V Novém Sedle dne **podpis zákonného zástupce** _____