##### 

● Základná škola ●

Ul. 17. novembra 31

083 01 Sabinov

● ●

**Vec**

Žiadosť o vrátenie preplatku za ŠKD za obdobie mimoriadnej situácie vyhlásenej v súvislosti s ochorením COVID-19

Na základe schváleného VZN mesta Sabinov č. 4/2020 zo dňa 14. mája 2020 o určení mesačného príspevku v školách a školských zariadeniach v zriaďovateľskej pôsobnosti mesta Sabinov žiadam o vrátenie preplatku za výchovnú činnosť v ŠKD.

Meno a priezvisko žiaka:

Vychovávateľka : oddelenie :

Číslo účtu – IBAN:

V Sabinove dňa :

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

/ podpis zákonného zástupcu žiaka/