Priezvisko, meno, bydlisko zákonného zástupcu.........................................................................

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

**ŽIADOSŤ**

Žiadam o vrátenie **mylnej platby** ( stravné, školné \*) uhradenej za môjho syna/dcéru

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

narodeného/nej dňa..................................bytom..........................................................................,

navštevujúceho/cej   MŠ Jurkovičova 17 v Prešove.

**Evidenčné číslo dieťaťa** **= VS:**.......................

**Rodné číslo dieťaťa:**.......................................

**Suma na vrátenie:**...........................................

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

V Prešove dňa........................ podpis zákonného zástupcu

\*zvýrazniť, akú platbu žiadate vrátiť.