Základní škola a Mateřská škola Bez hranic, Mšec 171, 270 64 Mšec

**Žádost o navrácení přeplatku stravného**

**Mateřská škola:** MŠ Mšec

**Údaje o dítěti:**

**Jméno a příjmení:**

**Datum narození:**

**Variabilní symbol:**

**Jméno a příjmení zák. zástupce: …………………………………………………………**

**Číslo účtu, na který se má přeplatek vrátit: ……………………………………………….**

………………………………… …………………………………………

 Datum Podpis zákonného zástupce

**Vyplní účetní jednotka:**

Vráceno dne: ………………………………….……..

Částka: ……………………………………………….

Podpis účetní jednotky:………………………………