

**Žádost o vyplacení zůstatku na stravovacím kontě
ŠR PRIMIREST**

Jméno: **1 Příjmení strávnicka**2

Jméno a příjmení zákonného zástupce3

Adresa bydliště :4

Kontaktní telefon:5 **Třída:** **Škola:**.....

Variabilní symbol : 6

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo účtu pro vrácení peněz : /7

Datum podání žádosti :8

Podpis (rodiče, nebo právoplatného zástupce): **9**