NYILATKOZAT AZ ÉTKEZÉS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

Gyermek neve: ………………………………….………………….. SZÍNES ÓVODA

Gondviselő neve/ Számlázási neve:

 …………………………………………………………………………………………………

 címe: …………………………………………………………………………………………..

 e-mail címe: ……………………………………………………………………………………

Kérem a 2025/2026. tanévre, …………............................................. naptól az ebéd biztosítását.

 Vállalom, hogy a megrendelt étkezés térítési díjat, legkésőbb **tárgyhónap 25**-igmegfizetem; (következő hónapban az esetleges hiányzások levonásra kerülnek) az étkezés végleges lemondásáról írásban (bollazsani@szines-iskola.hu) /telefonon 34/487-643 nyilatkozom.

 A megrendelt étkezésről számlát állítunk ki, melynek összegét átutalással vagy csekkes befizetéssel rendezhetitek.

Az ebéd díja a 2025/2026. tanévben:

**Teljes ár: 950Ft** Bármely étkezési kedvezmény esetén az ebéd ára ingyenes.

Az ebéd díját **csekken / átutalással** *(aláhúzandó)* fizetem.

 Az étkezési kedvezmény igénybevételéhez (rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, tartósan beteg vagy fogyatékos, családjában tartósan beteg vagy fogyatékos gyermeket nevelnek, családjában három vagy több gyermeket nevelnek, nevelésbe vételét rendelte el a gyámhatóság, családjában az egy főre jutó havi jövedelem nem haladja meg a kötelező legkisebb munkabér személyi jövedelemadóval, munkavállalói, egészségbiztosítási és nyugdíjjárulékkal csökkentett, azaz nettó összegének 130%-át.)

külön nyilatkozatot kitöltök: **igen/ nem.** *(aláhúzandó)*

Tartós beteg igazoláshoz **az MEP által kiadott**, orvossal aláírt formanyomtatványt mellékelem.

Gyermekem speciális étrendre jogosult: *(aláhúzandó)* **igen** ……………………………….

 **nem**

Dátum: ………………………………

 ………..…………………….…………..

 aláírás