NYILATKOZAT AZ ÉTKEZÉS IGÉNYBEVÉTELÉHEZ

Tanuló neve: ………………………………….………………….. osztálya: ……………

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:

óvodától – 4. osztályig: ebéd: **950Ft** 50% **475Ft**

reggeli: **400Ft**  50% **200Ft** uzsonna: **400Ft** 50% **200Ft**

5. osztálytól – 12. osztályig: ebéd: **1050Ft** 50% **525Ft**

reggeli: **400Ft**  50% **200Ft** uzsonna: **400Ft** 50% **200Ft**

**Reggelit Ebédet Uzsonnát** kérek *(aláhúzandó)*.

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

 Az étkezési kedvezmény igénybevételéhez (rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény, tartósan beteg vagy fogyatékos, családjában három vagy több gyermeket nevelnek) külön nyilatkozatot kitöltök:

 **igen/ nem.** *(aláhúzandó)*

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

 Gyermekem speciális étrendre jogosult: **igen nem**  *(aláhúzandó)*

Dátum: ………………………………

 ………..…………………….………

 aláírás