ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA ČASTOLOVICE
Komenského 209, 517 50 Častolovice
IČ: 701 88 874

VYPLŇUJE ŠJ
Číslo přihlášky:
Evidenční číslo strávníka:
Variabilní symbol:
Datum přijetí přihlášky:

ŠKOLNÍ JÍDELNA
PŘIHLÁŠKA KE ŠKOLNÍMU STRAVOVÁNÍ

1. DRUH STRÁVNÍKA

☐ dětská skupina ☐ dítě MŠ ☐ žák ZŠ ☐ zaměstnanec ☐ cizí strávník ☐ mám zájem o rozvoz

Datum zahájení stravování: _____

2. ÚDAJE O STRÁVNÍKOVI

Jméno a příjmení:
_____

Datum narození: _____

Adresa:
_____

Telefon: _____

E-mail:
_____

MŠ oddělení / ZŠ třída: _____

3. ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI (U NEZLETILÝCH)

Zákonný zástupce 1

Jméno a příjmení: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Zákonný zástupce 2

Jméno a příjmení: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Preferovaný kontakt: ☐ ZZ1 ☐ ZZ2 ☐ oba

4. ÚHRADA STRAVNÉHO

Plátce: ☐ strávník ☐ ZZ1 ☐ ZZ2 ☐ jiná osoba

Způsob úhrady: ☐ inkaso ☐ bankovní převod – vlastní podnět ☐ hotově

Číslo účtu plátce: _____ ☐ tímto strvrzuji svolení k inkasu ve prospěch účtu školní jídelny číslo 188415004/0300 ke dni 15. v měsíci s poplatkem 2,-Kč

5. SOUROZENEC / RODIČ – ZAMĚSTNANEC ŠKOLY

Navštěvuje ZŠ nebo MŠ Častolovice další sourozenec nebo je některý z rodičů zaměstnancem školy?

☐ ano ☐ ne

Jméno a příjmení: _____

Třída / pracoviště: _____

☐ Žádám o propojení stravných účtů.

6. ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ / POŽADAVEK SOUVISEJÍCÍ SE STRAVOVÁNÍM

7. PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a zavazuji se oznámit jejich změnu. Potvrzuji, že jsem se seznámil(a) s Vnitřním řádem školní jídelny a s Informacemi pro strávníky.

Datum: _____

Podpis strávníka / zákonného zástupce:

_____

Informace o zpracování osobních údajů jsou uvedeny v samostatných informacích školy.