

## PŘIHLÁŠKA KE STRAVOVÁNÍ

Firemní mateřská škola Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, Peroutkovo nábřeží 610, 760 01

**ZÁVAZNĚ** přihlašuji své dítě ke školnímu stravování v MŠ.

**Dítě:**

Jméno a příjmení				Datum narození	
ADRESA TRVALÉHO POBYTU:					
Ulice/č.p.		Město		PSČ	

**Zákonný zástupce:**

**matka**

**otec**

<b>Jméno a příjmení</b>					
Telefonní kontakt					
Číslo peněžního účtu pro platbu stravného inkasem				kód banky	
Majitel účtu					

Dítě  **NEVYŽADUJE** speciální režim stravování

**VYŽADUJE** speciální režim ve stravování\*\*

bezlepková strava

alergie na potraviny\*

dieta, (uveďte): \_\_\_\_\_

jiný (uveďte): \_\_\_\_\_

**ALERGIE\***

ANO (uveďte): \_\_\_\_\_

\*\*v případě alergie, popř. jiného omezení ve stravování dítěte doložte současně zprávu lékaře.

**Jiná sdělení o dítěti (stravovacími návyky):** \_\_\_\_\_

**PLATBA STRAVNÉHO**

inkasní platba

přes „aplikaci“

**Stravné** se v MŠ platí vždy následující měsíc, tedy zpětně, **podle docházky vašeho dítěte.**

Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl **seznámen se základními pravidly školního stravování** a včas budu **hlásit veškeré změny** (přihlášky a odhlášky obědů a změny čísla účtu) a **včas platit úplatu** za školní stravování.

**V/Ve** \_\_\_\_\_

**Dne** (den, měsíc, rok): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis zákonného zástupce