

ŽÁDOST O UKONČENÍ STRAVOVÁNÍ VE ŠJ
MŠ a ZŠ Závišice

Jméno a příjmení strávnicka: _____

Datum narození: _____

Žádám o ukončení stravování ke dni: _____ Třída: _____

Telefon zákonného zástupce: _____

Datum: _____

Podpis zákonného zástupce: _____