|  |  |
| --- | --- |
| Intézmény neve:  címe, elérhetősége:  Gyermek osztálya: | Budapest XVII. Kerületi Zrínyi Miklós Általános Iskola  1173 Budapest, Sisakos sáska utca 3. tel: 258-2784; e-mail: zrinyigazda@gmail.com |

**NYILATKOZAT   
a teljes áru ISKOLAI gyermekétkeztetés igénybevételéhez**

1. Alulírott \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Lakcím:\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_) szám alatti lakos, mint a
   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nevű gyermek (születési hely, idő \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_. anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), oktatási.azonosító szám:\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ diákigazolvány szám:­­­­­­­­­\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_
   2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nevű gyermek (születési hely, idő \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_. anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), oktatási.azonosító szám:\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ diákigazolvány szám:­­­­­­­­­\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

*szülője / törvényes képviselője / gondviselője* (a megfelelő aláhúzandó) nyilatkozom, hogy gyermekem részére az alábbiak szerint kérem az étkeztetés biztosítását:

*1a.    Az étkezések közül igénylem:*

*o NAPKÖZI 3-szori: déli meleg főétkezés, két kisétkezés (tízórai, uzsonna),*

*o MENZA kizárólag a déli meleg főétkezés,*

*o a déli meleg főétkezés mellett egy kisétkezés - aláhúzandó: tízórai, uzsonna*

*1b.    Kérem diétás étrend biztosítását:*

*igen / nem (a választott lehetőség aláhúzandó!) a következő egészségi állapotra tekintettel:………………………………………………*..  *(A diétát igazoló szakorvosi igazolás másolatát a dokumentumhoz mellékelni kell.)*

egyéb speciális étkezési igény: ……………………………………………… (szolgáltatóval egyeztetni szükséges)

1. Az étkezési térítési díj befizetésének módja *(igényét kérem aláhúzással jelölje)* történhet:

- készpénzben

- átutalással (nyilatkozat kitöltése szükséges)

3. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, az adatokban történő változást 15 napon belül bejelentem.

Dátum:................................................ ....................................................  
az ellátást igénybe vevő szülő, más törvényes képviselő, nevelésbe vett gyermek esetén az ellátást nyújtó nevelőszülő, intézményvezető  
aláírása