

PREKLIC ŠOLSKE PREHRANE		Dvojezična osnovna šola I Lendava Kranjčeva 44, Lendava
PODATKI O VLAGATELJU:		<input type="checkbox"/> mati <input type="checkbox"/> oče <input type="checkbox"/> druga oseba
Ime in priimek:		Naslov:
PODATKI O UČENCU:		
Ime in priimek:		Naslov:
EMŠO:	Razred:	

Spodaj podpisani preklicujem šolsko prehrano za zgoraj navedenega učenca za šolsko leto _____

(Ustrezno označite)

a) v celoti

b) posamezno vrsto obrokov šolske prehrane:

- zajtrk
- malico
- kosilo

Šolsko prehrano preklicujem z dnem _____

Izjavljam, da sem seznanjen, da preklic šolske prehrane oziroma posameznih obrokov šolske prehrane prične veljati naslednji dan po prejemu tega obrazca o preklicu.

Datum: _____

Podpis vlagatelja

IZPOLNI ŠOLA:

Datum prejema pisnega preklica: _____

Preklic stopi v veljavo z dne: _____