

**ŽÁDOST O VRÁCENÍ POMĚRNÉ ČÁSTI POPLATKU ZA ZÁJMOVÉ VZDĚLÁVÁNÍ
V DDM NÝŘANY**

ŽADATEL – ÚČASTNÍK ZÁJM. VZDĚLÁVÁNÍ /příjmení a jméno/ :

.....

NÁZEV KROUŽKU DDM, KTERÝ BYL V ROCE 2019/2020 NAVŠTĚVOVÁN:

.....

DATUM NAROZENÍ:

TRVALÉ BYDLIŠTĚ:

ZDR. POJIŠŤOVNA:

KONTAKTY:

TELEFON :

E-MAIL:

ČÍSLO ÚČTU, NA KTERÝ MÁ BÝT ČÁSTKA ZASLÁNA :

Datum a podpis zákonného zástupce:

U SPORTOVNĚ POHYBOVÝCH KROUŽKŮ (VČETNĚ BATOLAT A PŘEDŠKOLNÍCH DĚTÍ) JEŠTĚ
ŽÁDÁME O POTVRZENÍ OD ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY:

Potvrzení zdravotní pojišťovny, že na daný kroužek DDM nebyl čerpán příspěvek:

Potvrzujeme, že výše jmenovaný žadatel-účastník zájmového vzdělávání nečerpal
ve škol.roce 2019/2020 příspěvek od zdravotní pojišťovny na zájmový kroužek DDM.

Datum, razítko a podpis odpovědného pracovníka zdravotní pojišťovny: