Intézmény: Szentgotthárdi Arany János Általános Iskola OM azonosítója: 203525

Tanuló neve…………………………………………………………………………………..

Osztálya………………………………………………………………………………………

Szülő telefonszáma:………………………………………………………………………….

N Y I L A T K O Z A T

Alulírott………………………………………………………………………………….. szülő

Lakcím:…………………………………………………………………………………………

díj visszafizetési kötelezettségem tudatában kijelentem, hogy a háztartásomban

* eltartottak száma……………………………………………………………………..fő
* ebből 18 éven aluli kiskorú…………………………………………………………..fő
* 18-25 éves, valamely oktatási intézmény nappali tagozatán tanuló………………....fő
* tartósan beteg, vagy súlyosan fogyatékos

gyermek neve osztálya………………………………………………………………..

* rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő gyermekek száma……..….fő

**A rendszeres gyermekvédelmi támogatásban részesülő tanulók ill. a tartós beteg gyermekek után járó kedvezmény csak az igazolás másolatának leadásával vehető igénybe. SNI-s tanulók részére kérjük mellékelni a szakértői véleményt!**

……………………………………… ……………………………………

 dátum szülő aláírása