**Jelentkezési lap**

***A menza (ebéd) igényléséhez***

Alulírott szülő kérem, hogy a 2020/2021. tanévtől kezdődően gyermekemnek menzai ebédet biztosítsanak. Tudomásul veszem, hogy a menzadíj fizetése a tárgyhónapra előre történik. Az elfogadott lemondások a következő havi díjat csökkentik.

**Adatok:**

Tanuló neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iskola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Osztály \_\_\_\_\_\_\_\_

Szülő, gondviselő neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lakcím: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Szülő gondviselő elérhetősége:

 (email, telefon):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Menzát (ebéd)kérek nem kérek ( kérem aláhúzással jelölje)

**Nyilatkozat**

**100% - 50%-os menzadíj támogatási igényhez**

***Támogatásra való jogosultság jogcíme:***

a.) 3 vagy több gyermekes

b.) tartósan beteg, SNI

c.) rendszeres gyermekvédelmi támogatás

d.) nevelésbe vett gyermek

e.) Önkormányzati támogatás

*(kérjük x-szel jelölni)*

Hozzájárulok, hogy adataimat étkezés nyilvántartás céljából az intézmény használja.

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem,hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek azok változásáról a változást követő 15 napon belül értesítem a ZEGESZ étkezési csoportot.

Kelt: Zalaegerszeg, 2020.……… (hó) …….. (nap)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 aláírás