**ŠKOLNÍ DRUŽINA PŘI ZŠ OSTROV MÁJOVÁ 997**

**ŽÁDOST O VRÁCENÍ PLATBY**

Jméno a příjmení zákonného zástupce .............................................................

Žádám o vrácení přeplatku ŠD ve výši........................................................Kč

za mého syna / dceru.................................................... třída...........................

na účet...............................................................................................................

V Ostrově dne................................ ..............................................

 podpis