**OŠ MLADOST, LEKENIK**

Poštovani roditelji/skrbnici,

molimo Vas preuzmite i potpišete izjavu kojom izjavljujete da ispunjavate jedan od sljedećih kriterija za besplatnu školsku kuhinju u školskoj 2017./2018. godini, te nam do 15. rujna (petak) 2017. godine dostavite potrebne dokumente.

**I Z J A V A**

da moje dijete \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime i prezime učenika) (razredni odjel)

ispunjava jedan od kriterija:

1. Imovinski cenzus, odnosno mjesečna primanja iznose do 1.000,00 kuna po članu našeg kućanstva,
2. Dijete je korisnik Centra za socijalnu skrb, ali mu dnevni obrok nije osiguran preko lokalne samouprave ili od trećih osoba,
3. Dijete nezaposlenih roditelja.

Zaokružite jedan od ponuđenih kriterija i priložite odgovarajuću dokumentaciju.

IME I PREZIME RODITELJA:

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

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

( Potpis )

U Lekeniku, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_