



Berzsényi Dániel Evangélikus Általános Iskola

**7400 Kaposvár, Szent Imre u. 29/c.
Tel: 82 510-894, 82 510-895**

ÉTKEZÉS IGÉNYLÉS (leadási határidő: július 28.)

Alulírott szülő/törvényes képviselő/gondviselő hozzájárulok ahhoz, hogy a jelen nyilatkozatban közölt személyes adatokat a Berzsényi Dániel Evangélikus Általános Iskola (adatkezelő) megismerje, rögzítse és kezelje az étkezést igénybe vevő azonosítása céljából visszavonásig, vagy a jogviszony megszűnéséig, betartva az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 Rendelete (GDPR), valamint saját belső adatvédelmi szabályzata, és egyéb, vonatkozó szabályzat rendelkezéseit.

Gyermek neve: _____ osztálya: _____

Születési hely, idő: _____

Szülő/törvényes képviselő neve: _____

Lakcíme: _____

Telefonszám: _____ E-mail: _____

Az étkezés biztosítását 2025 év _____ hónap _____ naptól kérem

Megfelelő rész aláhúzendő

3x (tízórai+ebéd+uzsonna)

2x (tízórai+ebéd)

2x (ebéd+uzsonna)

1x (ebéd)

Térítési díj csökkentésére benyújtható igazolások:

3 és annál több gyermek

GYVK határozat

SNI határozat

Kérem diétás étrend biztosítását a következő egészségi állapotra tekintettel:

_____ (igazolando ambulans lappal, szakorvosi véleménnyel)

Ezen nyomtatvány kitöltésével az étkezést a 2025/2026. tanévre rendelem meg.

Alulírott vállalom, hogy az ezen nyomtatvány kitöltésével megrendelt étkezés térítési díját legkésőbb tárgyhónapot megelőző hónap utolsó előtti munkanapjáig megfizetem. Étkezés alkalmi lemondása esetén legkésőbb adott munkanap reggel 8.20-ig **írásban** jelzem az elelvezes.berzsényi@gmail.com címre, az étkezés módosításáról vagy végleges lemondásáról **írásban** nyilatkozom.

Tudomásul veszem, hogy az étkezési térítési díj meg nem fizetése esetén az adott hónap étkezése, csak előre utalással vehető igénybe.

Kaposvár, 2025. _____

Szülő/törvényes képviselő aláírása