



PILISSZENTIVÁN KÖZSÉG ÖNKORMÁNYZATA

2084 PILISSZENTIVÁN, SZABADSÁG ÚT 85.

TEL.: 26/367-322 MOBIL: +36-70-319-0695

E-MAIL: iskolaebed@pilisszentivan.hu

NYILATKOZAT

a Gyvt. 21/B. § (1) bekezdés b)-d) pontja és a Gyvt. 21/B §(2) bekezdése szerinti ingyenes vagy kedvezményes intézményi gyermekétkezés igénybevételéhez 2026/2027 Tanév – Pilisszentiváni Német Nemzetiségi Általános Iskola és AMI

1. Alulírott (születési név:),
....., szül.hely, idő:)
..... szám
alatti lakos mint a

1.1 nevű gyermek (szül.hely, idő:),
anyja neve:....., osztály:),

1.2 nevű gyermek (szül.hely, idő:),
anyja neve:....., osztály:),

1.3 nevű gyermek (szül.hely, idő:),
anyja neve:....., osztály:),

szülője / más törvényes képviselője / gondviselője (a megfelelő aláhúzendó) a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 21/B § (1) bekezdés b)-d) pontja és a (2) bekezdése szerinti ingyenes vagy kedvezményes gyermekétkezési igénybevételét az alábbi jogcím alapján kérem, mivel a gyermek(ek): (megfelelőt kipipálni)

O a) 1-8. évfolyamon nappali rendszerű iskolai oktatásban részt vevő tanuló rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesül évhónap napjától, (ingyenes)

O b) nevelésbe vételét rendelte el a gyámhatóság, vagy (ingyenes)

O c) tartósan beteg vagy fogyatékos, (50% normatív kedvezmény)

O d) családjában három vagy több gyermeket nevelnek (50% normatív kedvezmény, kérjük valamennyi testvér feltüntetését az 1.2 és az 1.3 pontokban)

Az étkezés déli meleg főétkezés mellett egy kísétkezéssel van biztosítva. **A kedvezmények igénybevételéhez minden esetben a jogosultságot igazoló dokumentumokat csatolni szükséges!** (határozat, szakorvosi igazolás, szakértői és rehabilitációs bizottság szakvéleménye..)

2. Kérem az 1.1 gyermekem részére diétás étrend biztosítását: igen / nem (a választott lehetőség aláhúzendó) a következő egészségi állapotra tekintettel:
.....

Szakorvosi igazolás csatolása kötelező!

3. Alulírott szülő, gondviselő büntetőjogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a hivatkozott gyermek(ek) és tanuló(k) velem egy háztartásban élnek, a közölt adatok a valóságnak megfelelnek és a másolatban csatolt dokumentumok tekintetében időközben nem következett be változás. Amennyiben a kedvezményt megalapozó körülményeimben változás áll be (gyermekek száma, egészségi állapota, tanulói vagy hallgatói jogviszony megszűnése, egyéb), azt 15 napon belül az Önkormányzatnál írásban bejelentem.

NYILATKOZÓ:

Dátum:

Nyilatkozattevő aláírása:

ÖNKORMÁNYZAT:

Átvétel dátuma:

Átvevő aláírása: