**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 2018./2019. godini, te nam do ponedjeljka, 10. rujna 2018. godine dostavite potrebne dokumente.

**I Z J A V A**

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

 (ime i prezime učenika) (razredni odjel)

ispunjava jedan od kriterija:

1. učenici čiji su roditelji korisnici zajamčene minimalne naknade ali im dnevni obrok nije osiguran preko lokalne samouprave i od trećih osoba

2. djeca kojoj su jedan ili oba roditelja nezaposleni

3. djeca iz višečlane obitelji (obitelj s troje i više djece)

4. djeca iz jednoroditeljskih obitelji

5. djeca s teškoćama u razvoju/težim zdravstvenim teškoćama

6. djeca romske nacionalne manjine

7. učenici čiji ukupni prihod zajedničkog kućanstva ne prelazi iznos od 1.663,00 kn po članu zajedničkog kućanstva.

Zaokružite jedan od ponuđenih kriterija i priložite odgovarajuću dokumentaciju.

 IME I PREZIME

 RODITELJA/SKRBNIKA:

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

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

 ( Potpis )

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