Република Србија
Град Београд
Градска управа града Београда
Секретаријат за образовање и дечју заштиту

Краљице Марије бр. 1
Београд

Београд
www.beograd.rs

Назив основне/средње школе коју ученик похађа:

МЕДИЦИНСКА ШКОЛА (Звездара)

ОБРАЗАЦ ЗА ДОСТАВЉАЊЕ ПОДАТАКА ПОТРЕБНИХ ЗА УПЛАТУ ЂАЧКЕ ПОМОЋИ ЗА ШКОЛСКУ 2024/2025. ГОДИНУ

1. Име и презиме ученика: _____
2. Разред и одељење које ученик похађа: _____
3. Име и презиме родитеља/старатеља/хранитеља: _____
4. Датум рођења ученика (дан, месец и година): _____
5. Општина/место пребивалишта, улица и кућни број:
   _____
6. Број телефона родитеља/старатеља/хранитеља: _____
   (број телефона користиће се искључиво у сврху провере података уколико је дошло до грешке приликом попуњавања обрасца)
7. Подаци о личном текућем динарском рачуну родитеља:

– Име и презиме власника рачуна: _____
– Назив банке: _____
– Број текућег динарског рачуна: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(уз овај образац потребно је доставити фотокопију предње стране платне картице)

ИЗЈАВА

Овом изјавом дајем пристанак Школи да податке о броју мог личног текућег рачуна и називу банке код које је речун отворен, као и друге неопходне податке за уплату ђачке помоћи у износу од 20.000,00 динара за ученике основних и средњих школа на територији града Београда, достави Секретаријату за образовање и дечју заштиту, у складу са Одлуком Привременог органа града Београда број 6-3766/24-С-20 од 19.4.2024. године.

У Београду, Потпис родитеља/старатеља/хранитеља:

_____ године _____