Zabrze: ……………..

**DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA DO ŚWIETLICY SP 42**

Proszę o przyjęcie do świetlicy w roku szkolnym 2020*/*2021

**PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !!!**

ucznia………………………….............z klasy.....................................................

**•** Dziecko będzie korzystać z opieki świetlicy w związku z: (właściwe podkreślić)

1. Czasem pracy obojga rodziców

2. Nieuczestniczeniem w lekcjach religii

3. Oczekiwaniem na obiad w świetlicy szkolnej

4. Oczekiwaniem na zajęcia pozalekcyjne (jakie? kiedy?) ………………………...

5. Oczekiwaniem na lekcje od godz. 6.30 do godz. 8.00 …………………………..

6. inne (jakie?) .......................................................................................................

**TELEFONY KONTAKTOWE DO RODZICÓW:**

………………………………………………………………………………………………

**Proszę wybrać 1 wariant:**

**• Dziecko może wychodzić samo ze świetlicy o godzinie………………………**

**• Dziecko będzie odebrane o godzinie**...............................................................

**(proszę wypisać wszystkie możliwości odbioru dziecka)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA | IMIĘ I NAZWISKO | SERIA I NUMER DOWODU OSOBISTEGO |
| Matka  |  |  |
| Ojciec  |  |  |
| Macocha |  |  |
| Ojczym |  |  |
| Babcia (ze strony Matki) |  |  |
| Dziadek (ze strony Matki) |  |  |
| Babcia (ze strony Ojca) |  |  |
| Dziadek (ze strony Ojca)  |  |  |
| Prababcia */* Pradziadek  |  |  |
| Siostra / Brat  |  |  |
| Siostra */* Brat  |  |  |
| Siostra */* Brat |  |  |
| Ciocia */* Wujek  |  |  |
| Ciocia */* Wujek  |  |  |
| Kuzynka / Kuzyn |  |  |
| Sąsiad */* Sąsiadka |  |  |
| Koleżanka */* Kolega |  |  |
| Inne (jakie?)  |  |  |

CZYTELNY PODPIS RODZICA……………………………………………………………..

DANE DZIECKA:

* IMIĘ I NAZWISKO:
* DATA URODZENIA:
* IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW:
* MIEJSCE I ADRES PRACY MATKI (Potwierdzone pieczątką zakładu pracy z numerem telefonu)
* MIEJSCE I ADRES PRACY OJCA (Potwierdzone pieczątką zakładu pracy z numerem telefonu)
* TELEFONY KONTAKTOWE DO RODZICÓW:

* ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA:
* UWAGI:

Przyjmuję do wiadomości, iż dziecko ma zapewnioną opiekę w świetlicy szkolnej od godziny 06:30 do 16:30

* CZYTELNY PODPIS OCJA:
* CZYTELNY PODPIS MATKI:

*……………………………………………………………. ………………………………………...*

*Nazwisko i imię matki / opiekuna prawnego dziecka seria i numer dokumentu tożsamości*

*……………………………………………………………. ………………………………………...*

*Nazwisko i imię ojca / opiekuna prawnego dziecka seria i numer dokumentu tożsamości*

**Upoważnienie do odbioru dziecka**

Do odbioru ze szkoły dziecka ………………………………………………. upoważniamy:

 *Imię i nazwisko dziecka*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko *(Należy wypełnić drukowanymi literami)* | Seria i numer dokumentu tożsamości |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Upoważnienie jest ważne tylko wtedy, gdy wypełnione zostały wszystkie pozycje: imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz seria i numer dokumentu tożsamości tej osoby

Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka – od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej upoważnioną przez nas osobę.

Oświadczam, że zgodnie z art. 233 i 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, wszelkie informacje podane w dokumencie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym oraz nie stanowią w jakikolwiek sposób naruszenia prawa.

Oświadczam, że w przypadku podania fałszywych informacji, biorę na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-prawną.

Informacje gromadzone o danych osobowych są przetrzymywane do końca roku szkolnego, a następnie usunięte i zniszczone.

…………………………..

*Miejscowość i data*

*………………………………………………… ………………………………………...*

*Podpis matki / opiekuna prawnego dziecka Podpis ojca / opiekuna prawnego dziecka*