PROŚBA O OPIEKĘ NAD UCZNIEM **KL. I-IV**

W DNIU WOLNYM OD ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

Wypełniony druk przekazujemy na adres: kierownik.swietlicy@zsplesznowola.pl **do dnia 18 kwietnia (czwartek) 2024r. (do godz.12.00).**

W dniach **29 i 30 kwietnia 2024r.** szkoła zapewnia zajęcia opiekuńcze w godzinach **7.30-17.30,**  w dniu **02 maja 2024r**. szkoła zapewnia opiekę w godzinach **7.30-13.00**  dla uczniów klas 1-4 . Zajęcia będą odbywały się w budynku szkoły ul. Sportowej 5. Proszę wyposażyć dziecko w obuwie na zmianę.

Proszę o zapewnienie opieki mojemu dziecku – uczniowi klasy ……………………………...

……………………………………………… ………………………………………………..

(imię i nazwisko ucznia)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Obiad  TAK/NIE **1** | Godziny pobytu  (od .....do..…) |
| 29.04.2024 poniedziałek  7.30-17.30 |  |  |
| 30.04.2024 wtorek  7.30-17.30 |  |  |
| 02.05.2024 czwartek  7.30-13.00 |  |  |

Zobowiązuję się do przyprowadzenia dziecka do szkoły najpóźniej do godz. 9.30 i odebrania dziecka ze szkoły zgodnie ze złożoną prośbą.

Telefon kontaktowy do rodziców/prawnych opiekunów:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

Inne osoby upoważnione do odbioru w w/w dni ( imię nazwisko, pokrewieństwo):

………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

**Uwaga**

1.**Obiady w/w dni nie są wliczane w abonament.** Rodzice/prawni opiekunowie dziecka **mogą wykupić dla dziecka obiad** odpowiednio wypełniając powyższą tabelkę. **Nie ma możliwości odwołania** zgłoszonego obiadu.

………………………, dnia ………………………… ……………………….......... ................................................

(czytelny podpis rodziców, opiekunów prawnych dziecka)