PROŚBA O OPIEKĘ NAD UCZNIEM KL. I-IV

W DNIU / DNIACH WOLNYCH OD ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

Wypełniony druk przekazujemy na adres: [kierownik.swietlicy@zsplesznowola.pl](mailto:kierownik.swietlicy@zsplesznowola.pl) **do dnia 7 października 2021r. ( do godz.12.00).**

W dniach 14 i 15 października 2021r. szkoła zapewnia zajęcia opiekuńcze w godz.7.00-18.00 dla uczniów klas 1-4 szkoły podstawowej.

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

……………………………………………… …………………………………………..

(imię i nazwisko ucznia)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Godziny pobytu (od.....do..…) | Powrót autobusem (godz. odjazdu …../NIE) | Obiad  TAK/NIE **1** |
| 14.10.2021 czwartek |  |  |  |
| 15.10.2021 piątek |  |  |  |

Zobowiązuję się do przyprowadzenia dziecka do szkoły najpóźniej do godz. 8.30 i odebrania dziecka ze szkoły zgodnie ze złożoną prośbą.

Telefon kontaktowy do rodziców/ prawnych opiekunów :

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

**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 zgłaszamy dodatkowo u intendenta.

………………………, dnia …………………………

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

(czytelny podpis rodziców, opiekunów prawnych dziecka)