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

W DNIU WOLNYM OD ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH

Wypełniony druk przekazujemy na adres: [kierownik.swietlicy@zsplesznowola.pl](mailto:kierownik.swietlicy@zsplesznowola.pl) **do dnia 30 maja (wtorek) 2023r. (do godz.12.00).**

W dniu **9 czerwca 2023** szkoła zapewnia zajęcia opiekuńcze w godzinach **7.30-17.30** dla uczniów klas 1-4 . Zajęcia będą odbywały się w budynku szkoły ul. Szkolna 6, w sali za stołówką, wejście przy windzie (W3).

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

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

(imię i nazwisko ucznia)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Godziny pobytu (od .....do..…) | Obiad  TAK/NIE **1** |
| 09.06.2023 piątek |  |  |

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:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

**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)