Załącznik nr 1 do *Regulaminu pobierania i rozliczania opłat*

*za pobyt i wyżywienie dziecka w 9-godzinnym oddz. przedszkolnym*

*w Szkole Podstawowej im. Powstańców Wlkp. w Skoraszewicach*

**DEKLARACJA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DOTYCZĄCA POBYTU DZIECKA W 9- GODZINNYM ODDZIALE PRZEDSZKOLNYM W SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. POWSTAŃCÓW WIELKPOLSKICH W SKORASZEWICACH W ROKU SZKOLNYM 2024/2025**

**DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO:**

Nazwisko i imię: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zameldowania: ………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania\*: ………………………………………………………………………………………………………………………

Nr PESEL (rodzica/opiekuna prawnego):………………………………………………………………………………………....

e-mail: …………………………………………………………………………………………………

**\*wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż zameldowania.**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko i imię:………………………………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia:…………………………………………………………………………………………………………………………..

**§ 1**

Deklaruję, że moje dziecko będzie korzystało z usług oddziału przedszkolnego w Skoraszewicach od dnia 1 września 2024r. **w wymiarze 9 godzin dziennie.** Dla dzieci przebywających 9 godzin w oddziale przedszkolnym, placówka zapewnia wyżywienie (obiad i podwieczorek). Śniadanie rodzic jest zobowiązany przygotować we własnym zakresie.

**§ 2**

Szczegółowe zasady organizacji pracy oddziałów przedszkolnych określa Statut.

Oświadczam, że:

„ Podpisem wyrażam zgodną wolę obojga rodziców.”

……………………………………………………………………

(data czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)