

**Karta zgłoszenia dziecka na dyżur letni
do Przedszkola Samorządowego w Sawinie
w terminie 01.07.2024 r. – 12.07.2024 r.**

Proszę o przyjęcie (Imię i nazwisko dziecka)

.....

ur. (Data urodzenia)..... do Przedszkola Samorządowego w Sawinie
na.....godzin dziennie, od godz..... do godz..... Posiłki: śniadanie, obiad, podwieczorek

Adres zamieszkania dziecka, rodziców lub opiekunów

.....

(miejscowość, ulica, numer domu)

Dane rodziców/ opiekunów dziecka (imiona i nazwiska rodziców/opiekunów)

.....

Numer telefonu do natychmiastowego kontaktu

matki..... ojca.....

**Dodatkowe informacje o dziecku i rodzinie mogące wpłynąć na funkcjonowanie dziecka
w przedszkolu (stan zdrowia/ uczulenia/ ewentualne potrzeby specjalne, diety itp.)**

.....

.....

Informacje dotyczące uiszczenia opłaty za pobyt dziecka na dyżurze letnim.

Zobowiązujemy się do poniesienia pełnych kosztów pobytu dziecka na dyżurze letnim oraz uiszczenia opłaty zgodnie z wysokościami i terminami obowiązującymi w przedszkolu dyżurującym (do 10 lipca 2024 r.). Wysokość opłaty za każdą rozpoczętą godzinę świadczeń za przedszkole realizowaną po czasie przekraczającym czas bezpłatnego nauczania, wychowania i opieki **wynosi 1,44 zł.** ustaloną przez Radę Gminy Sawin (UCHWAŁA NR LVI/356/24 RADY GMINY SAWIN z dnia 28 marca 2024 r. zmieniająca uchwałę w sprawie ustalenia wysokości opłat za świadczenia oraz czasu bezpłatnego nauczania, wychowania i opieki w przedszkolu i oddziałach przedszkolnych prowadzonych przez gminę Sawin). **Dzienna stawka żywieniowa wynosi 11,00zł. (Śniadanie-3,00 zł, Podwieczorek -2,50 zł. Obiad – 5,50 zł)** i nie podlega odpisom w przypadku nieobecności dziecka.

.....

Podpis rodziców/opiekunów

Oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka w drodze do przedszkola i z przedszkola do domu i wyrażam zgodę na odbieranie mojego dziecka z przedszkola przez następujące osoby:

1.....
(Imię i nazwisko numer dowodu tożsamości stopień pokrewieństwa)

2.....
(Imię i nazwisko numer dowodu tożsamości stopień pokrewieństwa)

3.....
(Imię i nazwisko numer dowodu tożsamości stopień pokrewieństwa)

.....

Podpis rodziców/opiekunów

Sawin, dnia..

podpis rodziców/opiekunów