**Oświadczenia rodziców/prawnych opiekunów dotyczące przyjęcia dziecka do świetlicy**

*Szkoła Podstawowa im. Ojca Świętego Jana Pawła II w Mucharzu*

 Wnioskuję o korzystanie dziecka ze świetlicy szkolnej w roku szkolnym 2023/2024 z powodu:

* Obowiązków wynikających z pracy zawodowej obojga rodziców TAK / NIE
* Oczekiwania na dowóz szkolny organizowany przez gminę, gdyż dziecko będzie dojeżdżało do szkoły autobusem TAK / NIE

 *(Proszę podkreślić właściwą odpowiedź)*

**Dane dziecka**

Imię i nazwisko dziecka………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia…………………………………………………………………,klasa…………………………………………………………………..

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………………………………………………………....

Ważne informacje o dziecku mające związek z jego bezpieczeństwem

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane osobowe rodziców/opiekunów dziecka:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Matka/opiekun prawny |  | Ojciec/opiekun prawny |  |
| Adres zamieszkania |  |  |  |
| Czas pracy |  |  |  |
| Telefon kontaktowy |  |  |  |

*(Proszę podkreślić znakiem X właściwą odpowiedź)*

* Oświadczam, że niezbędne jest uczęszczanie mojego dziecka do świetlicy szkolnej z powodu obowiązków wynikających z pracy zawodowej obojga rodziców/prawnych opiekunów lub oczekiwania na dowóz organizowany przez gminę

miejsce na pieczątkę zakładu pracy ojca/opiekuna miejsce na pieczątkę zakładu pracy matki/opiekuna

* Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem świetlicy Szkoły Podstawowej im. Ojca Świętego Jana Pawła II w Mucharzu.
* Wyrażam zgodę na zebranie i przetwarzanie w/w danych dla potrzeb funkcjonowania świetlicy
* Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na stronie internetowej Szkoły Podstawowej im. Ojca Świętego Jana Pawła II w Mucharzu

*(Wypełniają rodzice, których dzieci nie korzystają z dowozu)*

* Oświadczamy, że będziemy osobiście odbierać dziecko ze świetlicy szkolnej
* Upoważniamy również do odbioru dziecka ze świetlicy wskazane poniżej osoby:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  | Seria i numer dowodu osobistego | Telefon kontaktowy |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(podpis Rodzica/Prawnego Opiekuna)

 UWAGI O STANIE ZDROWIA DZIECKA (STAŁA CHOROBA, ALERGIA LUB INNE

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

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

UPOWAŻNIENIE DO SAMODZIELNEGO OPUSZCZANIA ŚWIETLICY

Oświadczamy, że wyrażamy zgodę/ nie wyrażamy zgody na samodzielne opuszczanie przez nasze dziecko……………………………………………………………………………………………………………………………………………......

świetlicy szkolnej o godzinie………………………………………………………………………………………………………………...

oraz, że ponosimy pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka po jego samodzielnym wyjściu ze świetlicy szkolnej.

 ……………………………………………………………………………………

 (Czytelny podpis Rodzica/ Opiekuna Prawnego)