(data złożenia, pieczęć placówki- (miejscowość, data)

 wypełnia szkoła)

**DEKLARACJA KONTYNUACJI UCZĘSZCZANIA DZIECKA**

**DO ODDZIALU PRZEDSZKOLNEGO PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ nr 2**

**im. KRÓLOWEJ JADWIGI W BEŁŻYCACH**

**w roku szkolnym 2024/2025**

 **Formularz należy złożyć w Sekretariacie Szkoły do dnia 16 lutego 2024r.**

**Deklaruję, że moja/mój córka/syn[[1]](#footnote-2)**

**w roku szkolnym 2024/2025 będzie kontynuował(a) wychowanie przedszkolne
w Oddziale Przedszkolnym przy Szkole Podstawowej nr 2 im. Królowej Jadwigi
w Bełżycach.**

1. **DANE DZIECKA**

|  |  |
| --- | --- |
| PESEL[[2]](#footnote-3) |  |
| Nazwisko |  |
| Imię/imiona | *pierwsze* | *drugie* |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |

Adres zamieszkania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |

**Dane rodziców/opiekunów prawnych**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Matka/opiekun prawny | Ojciec/opiekun prawny |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Adres zamieszkania |
| Kod pocztowy |  |  |
| Miejscowość |  |  |
| Ulica |  |  |
| Nr domu |  |  |
| Nr mieszkania |  |  |
| Numer telefonu |  |  |

1. **GODZINY POBYTU DZIECKA W PRZEDSZKOLU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Realizacja bezpłatnej podstawy programowej wychowania przedszkolnego odbywa się w godzinach 8.00 – 13.00:**1. 6.00 – 17.00
2. 6.00 – 16.00
3. 6.00 – 15.00
4. 6.00 – 14.00
5. 6.00 – 13.00
6. 7.00 – 17.00
7. 7.00 – 16.00
8. 7.00 – 15.00
9. 7.00 – 14.00
10. 7.00 – 13.00
11. 8.00 – 17.00
12. 8.00 – 16.00
13. 8.00 – 15.00
14. 8.00 – 14.00
15. **8.00 – 13.00 (bezpłatna podstawa programowa)**
 | **Proszę wpisać wybrany wariant godzinowy** |
|  **Religia wpisać TAK lub NIE** |  |

| Deklaracje, zobowiązania rodziców |
| --- |
| Upoważniam do odbioru z oddziału przedszkolnego mojego dziecka, wymienione obok osoby (poza rodzicami /opiekunami prawnymi).Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka, od momentu jego odbioru przez wskazaną, upoważnioną przez nas osobę. | 1...............................................................2 ..............................................................3 .............................................................. |
| Wyrażam zgodę na sprawdzanie czystości głowy mojego dziecka przez pielęgniarkę oraz wychowawczynię grupy w przedszkolu. | **Tak\*** | **Nie\*** |
| **Oświadczam, że informacje przedstawione w niniejszej karcie zgłoszenia są zgodne ze stanem faktycznym.** (Za podanie nieprawdziwych danych mogą być wyciągnięte odpowiednie konsekwencje włącznie ze skreśleniem dziecka z listy przedszkolaków) |
| Bełżyce ,dnia.............................. …….…………………………………… Czytelny podpis obydwojga rodziców / opiekunów |

1. Niepoprawne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
2. w przypadku braku numeru PESEL proszę wpisać serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość [↑](#footnote-ref-3)