|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  ……………………………………………………………...(imię i nazwisko ojca / prawnego opiekuna dziecka)…………………………………………………………...(imię i nazwisko matki / prawnego opiekuna dziecka)………………………………………………………………..(adres miejsca zamieszkania)\*………….………………………………………………………(telefon kontaktowy lub mail do matki / opiekuna prawnego)………….………………………………………………………(telefon kontaktowy lub mail do ojca / opiekuna prawnego) |  | (wypełnia placówka)……………………………………………………………...(miejscowość i data wpływu deklaracji do P/OP……………………………………………………………...(pieczęć przedszkola/szkoły i podpis pracownika potwierdzający uczęszczanie dziecka do P/OP w bieżącym roku szkolnym) |

**DEKLARACJA**

**kontynuowania wychowania przedszkolnego w przedszkolu/oddziale przedszkolnym**

Ja niżej podpisana/y/ deklaruję, że mój syn/moja córka:

……………………………..……..… ur.…………………… w ..……..………................. PESEL……………... (imię i nazwisko dziecka) (data urodzenia) (miejsce urodzenia) (PESEL dziecka)

zamieszkała/y/ w\*\* …………………………..………………………………..…….……….…………………...

 (adres zamieszkania dziecka zgodny z deklarowanym miejscem zamieszkania rodzica)

w roku szkolnym …………………………………….będzie kontynuował/a/ wychowanie przedszkolne

 (kolejny rok szkolny)

w ……………………………..………………………………………………………….…………………..………

 (wskazania przedszkola/oddziału przedszkolnego)

**DZIENNY CZAS POBYTU DZIECKA W P/OP** (liczbę godz. zaznaczyć znakiem X , a następnie wpisać czas pobytu od-do)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 godzin |  | 6 godzin |  | 7 godzin |  | 8 godzin |  | 9 godzin |  | 10 godzin |  |
| Pobyt w godzinach od ……………….…… do ………………..……….  |

DZIECKO BĘDZIE KORZYSTAĆ Z POSIŁKÓW (należy zakreślić TAK lub NIE)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Śniadanie** | TAK | NIE |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Obiad** | TAK | NIE |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podwieczorek** | TAK | NIE |

 |

**DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU** (istotne dla pobytu w P/OP, np. choroby, alergie pokarmowe, dieta, itp.)

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

………………………………… …………………………………………………

 (miejscowość, data) podpisy rodziców/prawnych opiekunów

***\**** *Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.* *Miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzone wykonywanie władzy rodzicielskiej. Miejscem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką jest miejsce zamieszkania opiekuna. \*\* W przypadku, gdy deklarowane miejsce zamieszkania jest inne niż miejsce zameldowania obowiązuje oświadczenie rodzica/prawnego opiekuna*