………………………………………………………

(miejscowość, data)

……………………………………………………………………

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

 (adres zamieszkania)

**DEKLARACJA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW DOTYCZĄCA CZASU POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WSPARCIA DZIENNEGO ,,DOLANDIA”
W STANISŁAWIU DOLNYM**

Ja niżej podpisany/a ……………………………………………………………………………………..oświadczam, że

 (imię i nazwisko)

moje dziecko……………………………………………………………………….…………………będzie korzystało ze wsparcia

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

opiekuńczego w roku szkolnym 2024/2025 w dniach i godzinach (w danym dniu proszę zaznaczyć X tylko jeden zakres godzinowy):

|  |  |
| --- | --- |
| **DNI TYGODNIA** | **GODZINY** |
| **13:00-16:00** | **16:00-18:00** | **18:00-20:00** | **16:00-20:00** |
| **PONIEDZIAŁEK** |  |  |  |  |  |
| **WTOREK** |  |  |  |  |  |
| **ŚRODA** |  |  |  |  |  |
| **CZWARTEK** |  |  |  |  |  |
| **PIĄTEK** |  |  |  |  |  |

 ………………………………………………………………………. (podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Potwierdzam odbiór:

…………………………………………………………………………

(Podpis pracownika)