

## DEKLARACJA

Uczeń / uczennica ..... klasa .....  
zamieszkały/ła .....  
telefon kontaktowy (mama)..... (tata).....  
będzie korzystać z obiadu **TAK / NIE**  
będzie korzystać z opieki świetlicy **TAK / NIE** w godz od ..... do .....  
**Dziecko będzie samodzielnie wracać do domu o godz. ....**  
**lub do odbioru ze świetlicy dziecka upoważniamy:**

Lp.	Imię i Nazwisko ( <i>wypełnić należy literami drukowanymi</i> )	Seria i numer dokumentu tożsamości

Upoważnienie jest ważne tylko wtedy, gdy wypełnione zostały wszystkie pozycje: imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz seria i numer dokumentu tożsamości tej osoby.

Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka – od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej upoważnioną przez nas osobę.

Oświadczam, że zgodnie z art. 233 i 270 *ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny*, wszelkie informacje podane w dokumencie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym oraz nie stanowią w jakikolwiek sposób naruszenia prawa.

Oświadczam, że w przypadku podania fałszywych informacji, biorę na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-prawną.

Zabrze, dn. ....

***podpis rodzica /opiekuna prawnego dziecka  
oraz numer i seria dowodu osobistego***

### **Wszelkie zmiany:**

- w terminie opuszczania świetlicy przez dzieci,
- dotyczące jednorazowego wcześniejszego wyjścia dziecka do domu,
- dotyczące samodzielnego wyjścia do domu dziecka stale odbieranego przez osobę dorosłą,
- dotyczące upoważnienia innej osoby, mogącej odbierać dziecko

**odbywać się będą WYŁĄCZNIE na podstawie pisemnych oświadczeń rodziców.**

Regulamin świetlicy szkolnej znajduje się do wglądu na stronie internetowej szkoły, w świetlicy szkolnej, w bibliotece oraz w sekretariacie szkoły.

Zobowiązuję się do zapoznania z jego treścią oraz przestrzegania go.

Zabrze, dnia .....

*(czytelny podpis rodzica/opiekuna)*

**Bardzo ważne informacje – proszę dokładnie przeczytać i uzupełnić dane!**

- W przypadku korzystania mojego dziecka z obiadów w świetlicy szkolnej Szkoły Podstawowej nr 5 w Zabrze **zobowiązuję się do dokonywania opłaty z tego tytułu na konto SP 5 w Zabrze do dnia 25 każdego miesiąca poprzedzającego okres korzystania z posiłków (przykładowo - do 25 października należy dokonać opłat za obiady spożywane przez dzieci w miesiącu listopadzie).**

Wyjątkiem są miesiące WRZESIEŃ i STYCZEŃ.

**We WRZEŚNIU, w związku z rozpoczęciem roku szkolnego, dokonujemy wpłaty za wrzesień i październik.**

**W STYCZNIU, w związku z rozpoczęciem nowego roku kalendarzowego i rozliczeniowego, dokonujemy opłat za styczeń i luty.**

- **Dowód wpłaty przechowują rodzice, którzy zobowiązani są do okazania powyższego dokumentu na prośbę Dyrektora Szkoły, kierownika świetlicy lub księgowej w przypadku, kiedy nie ma wpływu na konto Szkoły w wyznaczonym terminie.**
- Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niewywiązania się z umowy i braku terminowej wpłaty dziecko **nie będzie mogło korzystać z obiadów w kolejnym miesiącu.**
- Kwota za obiady obliczana jest w następujący sposób:  
**liczba obiadów planowanych w danym miesiącu razy koszt jednego obiadu.**

- Kwota do wpłaty na dany miesiąc będzie zamieszczona na stronie internetowej szkoły oraz przesłana Państwu poprzez Mobidziennik

**W tytule wpłaty należy wpisać IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA oraz MIESIĄC, za który dokonywana jest wpłata.**

- Zwrot za obiady niewykorzystane następuje wyłącznie w przypadku, kiedy nieobecność dziecka na obiedzie została zgłoszona kierownikowi lub wychowawcy świetlicy w dzień poprzedzający jego nieobecność (informację dotyczącą nieobecności dziecka można również przekazać drogą telefoniczną, dzwoniąc do sekretariatu szkoły – tel. 32 271 29 81) Opłata za **niezgłoszoną** nieobecność dziecka na obiedzie **nie podlega zwrotowi.**
- Kwota za obiady niewykorzystane będzie zwracana na konto bankowe rodzica/ opiekuna. W przypadku braku posiadania przez rodzica/ opiekuna konta bankowego, kwota będzie do odbioru w formie gotówkowej w sekretariacie szkoły.

*(Proszę zaznaczyć - wybraną z poniższych - odpowiedź)*

- Posiadam konto bankowe. Zwrotów proszę dokonywać na konto, z którego będą opłacane obiady mojego dziecka.

- Nie posiadam konta bankowego. Zwroty będą odbierane w formie gotówkowej w sekretariacie szkoły.

Moje dziecko ..... nie jest alergikiem / jest alergikiem  
*(imię i nazwisko dziecka)* *(niepotrzebne skreślić)*

- jest uczulone na następujące produkty żywnościowe (składniki potraw) i nie może ich spożywać:

.....  
.....

Zabrze, dn. ....

.....  
*(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)*