.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....

.....
adres do korespondencji/telefon

Dyrektor
Zespołu Szkolno - Przedszkolnego
w Konstantynowie

Deklaracja o kontynuowaniu wychowania przedszkolnego

Deklaruję, że moje dziecko .....
(imię i nazwisko dziecka)

ur. dn..... w .....
(data urodzenia) *(miejsce urodzenia)*

(PESEL dziecka)

zam. .....
(adres zamieszkania dziecka)

w roku szkolnym 2024/2025 będzie kontynuowało wychowanie przedszkolne w Przedszkolu Samorządowym w Konstantynowie.

1) Deklarowany czas pobytu dziecka w Przedszkolu od godziny ..... do godziny ..... , łącznie .....godzin dziennie.
(liczba godzin)
2) Korzystanie posiłków*: śniadanie TAK/NIE
obiad TAK/NIE
podwieczorek TAK/NIE
3) Odległość od miejsca zamieszkania ..... km
4) Dziecko będzie dojeżdżało autobusem szkolnym TAK/NIE
5) Jest dzieckiem alergicznym, TAK/NIE
jeśli tak to na co jest uczulone?.....
6) Dziecko cierpi na przewlekłe schorzenia m.in. cukrzyca, astma inne o których powinno wiedzieć Przedszkole TAK/NIE
7) Inne uwagi o dziecku: .....

Telefon kontaktowy do rodziców/ opiekunów prawnych ....., do osoby z którą należy się kontaktować w przypadku utrudnionego kontaktu z rodzicami / prawnymi opiekunami:
IMIĘ I NAWISKO .....

NUMER TELEFONU .....

Konstantynów, ...

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

*właściwe podkreślić