

Zespół Szkół Samorządowych w Inwaldzie
ul. Wadowicka 79, Inwałd
34-120 Andrychów

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA
DO ŚWIETLICY SZKOLNEJ
W ROKU SZKOLNYM 2026/2027**

Proszę o przyjęcie syna/ córki*

ucznia/ uczennicy* klasy..... do świetlicy szkolnej w dniach określonych poniżej.

Świetlica jest czynna przed lekcjami od godziny 6.50, natomiast po lekcjach do godz. 15.50.

Prosimy o dokładne podanie przedziałów czasowych.
Rano od której godziny i po lekcjach do której godziny.

Dzień tygodnia	Przed lekcjami	Po lekcjach
Poniedziałek	od.....	do.....
Wtorek	od.....	do.....
Środa	od.....	do.....
Czwartek	od.....	do.....
Piątek	od.....	do.....

Dziecko korzysta z organizowanego dojazdu do szkoły – autobus KORCZA

TAK

NIE

*niepotrzebne skreślić

Osoby odbierające dziecko:

Należy wskazać imię i nazwisko osoby.

.....

.....

.....

.....

.....

Informuję, że moje dziecko będzie samodzielnie wracało do domu ze świetlicy szkolnej (nie dotyczy dzieci do ukończenia 7 roku życia).

Biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczny powrót mojego dziecka do domu.

Matka/ Opiekunka
(imię i nazwisko, nr telefonu)

Ojciec/ Opiekun
(imię i nazwisko, nr telefonu)

*niepotrzebne skreślić

.....
(data i podpis Rodziców/ Opiekunów)

OŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

Oświadczam, że Rodzice/ Opiekunowie

.....
(imię i nazwisko dziecka, klasa)

pracują w godzinach:

Matka/ Opiekunka: oddo.....

Ojciec/ Opiekun: oddo.....

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....
(data i podpis Rodziców/ Opiekunów)

Powyższe informacje będą wykorzystane tylko jako kryterium rekrutacji na świetlicę.

Pierwszeństwo w przyjęciu do świetlicy mają uczniowie z klas 1-3.

ODBIÓR DZIECI ZE ŚWIETLICY

Ze względu na bezpieczeństwo bardzo prosimy o odbiór dziecka bezpośrednio z sali świetlicy szkolnej.

INFORMACJE O ZDROWIU DZIECKA

.....
.....
.....
.....