**Matka ( opiekun prawny) dziecka: Ojciec ( opiekun prawny) dziecka:**

………………………………..…. (imię i nazwisko) ……………….……………………

……………………………….….. (adres zamieszkania) ……….…………………..……….

………………………………..….. …………………………………….

……………………………………. (telefon) ……………..……………………

……………………………….…… (adres poczty e-mail) ……………………………………

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OPŁAT**

**WYNIKAJĄCYCH Z KORZYSTANIA Z WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO**

**W PRZEDSZKOLU SAMORZĄDOWYM NR 6 IM. MARII KOWNACKIEJ W BEŁCHATOWIE W OKRESIE DYŻURU WAKACYJNEGO W SIERPNIU 2024r.**(dotyczy dzieci 3,4,5-letnich)

Ja, rodzic/opiekun prawny dziecka .............................................................................................................................
 (imię i nazwisko dziecka)
 oświadczam, że dziecko korzystać będzie z wychowania przedszkolnego codziennie od dnia

……………….……………………….… w godzinach od ……………………… do ……………………………………………………………………….

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczania opłat z tytułu korzystania przez dziecko z wychowania przedszkolnego w czasie przekraczającym pięć godzin dziennie (w przeliczeniu na pełne godziny świadczeń) w wymiarze łącznym ………………. godzin dziennie, zgodnie z obowiązującą *Uchwałą Nr XLVIII/387/22 Rady Miejskiej w Bełchatowie z dnia 25 sierpnia 2022 r. w sprawie określenia wysokości opłat za korzystanie z wychowania przedszkolnego w przedszkolach publicznych i oddziałach przedszkolnych w szkołach podstawowych prowadzonych przez Miasto Bełchatów.*

Jednocześnie oświadczam, że **jestem/nie jestem\*** upoważniony do wnioskowania o obniżenie miesięcznej opłaty za korzystanie z wychowania przedszkolnego. Uprawnienie do korzystania z obniżenia opłat za korzystanie z wychowania przedszkolnego wynika z następującej przyczyny:

- samotnego wychowywania przeze mnie dziecka,

- objęcia opieką przedszkolną w danym przedszkolu drugiego dziecka,

- objęcia opieką przedszkolną w danym przedszkolu dziecka trzeciego i następnych.**\***

Oświadczam, że zobowiązuję się do uiszczania opłat za korzystanie przez dziecko z niżej wskazanych przeze mnie posiłków oferowanych przez Przedszkole:

1. śniadanie,

2. obiad,

3. podwieczorek\*

Zgodnie z postanowieniami obowiązującego *Zarządzenia Dyrektora Przedszkola Samorządowego nr 6 im. Marii Kownackiej w Bełchatowie w sprawie* *zmiany stawki żywieniowej w Przedszkolu Samorządowym nr 6 w Bełchatowie.*

Zobowiązuję się do terminowego – do 6 dnia miesiąca uiszczania opłat z tytułu korzystania przez dziecko z wychowania przedszkolnego w czasie przekraczającym pięć godzin dziennie i opłat za korzystanie przez dziecko ze wskazanych powyżej przeze mnie posiłków oferowanych przez Przedszkole.

Potwierdzam znajomość Statutu Przedszkola Samorządowego nr 6 w Bełchatowie i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

……………………………………. ………………………………………..

Data i czytelny podpis Data i czytelny podpis

ojca (opiekuna prawnego) matki (opiekuna prawnego)

**\*Właściwe podkreślić**