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

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

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

………………………………..….. …………………………………….

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

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OPŁAT ZA WYŻYWIENIE**

**W PRZEDSZKOLU SAMORZĄDOWYM NR 6 IM. MARII KOWNACKIEJ W BEŁCHATOWIE W OKRESIE DYŻURU WAKACYJNEGO W SIERPNIU 2024r.**(dotyczy dzieci 6-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 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 opłaty 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**