**

*Szkoła Podstawowa Nr 340 im. Profesora Bogusława Molskiego*

*02-793 Warszawa, ul. Lokajskiego 3,*

*tel. (****22) 546 61 20,*** *e-mail:* *sp340@edu.um.warszawa.pl*

**KARTA ZAPISU DZIECKA NA DYŻUR SZKOLNY**

**W DNI WOLNE OD ZAJĘĆ DYDAKTYCZNO-WYCHOWAWCZYCH**

Proszę o przyjęcie …………………………………………………………………………………………………… z klasy ………………

 (imię i nazwisko dziecka)

na dyżur świetlicy w dniach ……………………………………………………………

***DANE KONTAKTOWE DO RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH:***

|  |  |
| --- | --- |
| MATKA DZIECKA | OJCIEC DZIECKA |
| Imię i nazwisko: | Imię i nazwisko: |
| Telefon kontaktowy: | Telefon kontaktowy: |

W tym dniu dziecko zostanie **odebrane do godziny 17.00** przez

…………………………………………………………………………………………………………………………………

(dane osoby upoważnionej jeśli jest inna niż rodzic/opiekun prawny)

Przyjmuję na siebie całkowitą odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka podczas jego samodzielnego powrotu do domu.

 ………………………………………………………………

 (data oraz czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­