**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja, niżej podpisana/y, ,

oświadczam, iż jestem zatrudniony w podmiocie wykonującym działalność leczniczą:

*(nazwa zakładu pracy, służby itp.)*

lub realizuję zadania publiczne

 *(nazwa zadania publicznego)*

w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19\*).

Proszę o zapewnienie opieki świetlicowej dla mojego dziecka:

imię i nazwisko dziecka: klasa …………..

w dniach

**INFORMACJE O PLANOWANYCH GODZINACH POBYTU W ŚWIETLICY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień** | **Poniedziałek** | **Wtorek** | **Środa** | **Czwartek** | **Piątek** |
| Godzina przyjścia |  |  |  |  |  |
| Godzina wyjścia |  |  |  |  |  |

*W trakcie pobytu w świetlicy uczeń realizuje zajęcia dydaktyczne zgodnie z planem lekcji.*

**INFORMACJE O SAMODZIELNYM POWROCIE**

Po zajęciach dziecko **może / nie może** *(niewłaściwe skreślić)* samodzielnie wracać do domu na moją odpowiedzialność. Jeśli może, to w następujące dni i godziny:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień** | **Poniedziałek** | **Wtorek** | **Środa** | **Czwartek** | **Piątek** |
| Godzina wyjścia |  |  |  |  |  |

**INFORMACJE O OSOBACH UPOWAŻNIONYCH DO ODBIORU DZIECKA**

Dziecko może być odbierane przez rodziców (opiekunów prawnych) oraz następujące osoby:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Pokrewieństwo** | **Telefon kontaktowy** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1389 ze zm.)

Lubin, dnia ………………………. Podpis rodziców: …………………………………………….…………………….

\* Szkoła zastrzega sobie możliwość weryfikacji danych.