# **Deklaracja o korzystaniu z posiłków w Przedszkolu nr 427 „Kraina Radości”**

**Deklaruję**, że moje dziecko /imię i nazwisko/………………………………………………………………………., grupa ……………………………………….., będzie korzystało z:

**dwóch posiłków.**

**trzech posiłków.**

# Deklaracja **obowiązuje na czas edukacji przedszkolnej** dziecka od dnia ……………………..……… **do czasu zmiany deklaracji** przez rodziców / opiekunów prawnych.

O każdej zmianie liczby posiłków rodzice informują wypełniając nową deklarację zawsze przed rozpoczęciem miesiąca, którego zmiana dotyczy.

**Dzienna opłata za 2 posiłki** (śniadanie, obiad) wynosi 12,80 zł.

**Dzienna opłata za 3 posiłki** (śniadanie, obiad, podwieczorek) wynosi 16,00 zł.

**Zobowiązuję się** do dokonywania opłaty na numer konta: 41 1030 1508 0000 0005 5110 9002 od 1. do 10. dnia miesiąca, którego dotyczy opłata.

Zobowiązuję się do wpłaty dokładnie odliczonej kwoty.

Uwaga! Za każdy dzień opóźnienia w opłacie naliczane są odsetki ustawowe, ich wysokość regulują odrębne przepisy. O zachowaniu terminu wpłaty decyduje data wpływu środków na rachunek bankowy.

Sprawami opłat za żywienie zajmuje się kierownik gospodarczy Przedszkola nr 427 „Kraina Radości” w Warszawie (tel: 22 642 77 62 wew. 122).

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących opłat za żywienie na podany adres / adresy elektroniczne:

…………………………………………………………………………………..……………………………………………………………

**Zgłoszenia nieobecności**

Aby nie została naliczona opłata za żywienie za pierwszy dzień nieobecności, należy ją zgłosić **najpóźniej do godz. 9.00**  danego dnia **w aplikacji Inso**. **Prosimy o zaznaczanie każdego dnia nieobecności.**

W razie ewentualnych problemów technicznych z aplikacją prosimy o zgłaszanie nieobecności **na adres mailowy:** [nieobecnosci.p427@eduwarszawa.pl](mailto:nieobecnosci.p427@eduwarszawa.pl)

Zgłoszenie nieobecności po godzinie 9.00 nie będzie brane pod uwagę do odliczenia opłaty.

Prosimy o podanie przyczyny nieobecności, jeśli spowodowana jest chorobą zakaźną, zatruciem pokarmowym, pasożytami.

**Zgłaszanie spóźnienia** odbywa się **wyłącznie telefonicznie** **do godziny 8.45** pod numer telefonu: 22 642 77 62.

Warszawa, dnia ………………………………………

*……………………………………… ……………………………………..* /czytelne podpisy Rodziców/Prawnych opiekunów dziecka/