Warszawa, dnia ………………………………..

………………………………………………………….

imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego

………………………………………………………….

imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego

**DEKLARACJA**

Niniejszym deklaruję wniesienie opłaty w roku szkolnym ………..……./………………. przez:

........................................................................................................................................

imię i nazwisko dziecka

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

numer PESEL dziecka

za żywienie dziecka w kwocie 11,00 zł za trzy posiłki dziennie (śniadanie, obiad, podwieczorek)

1. W sprawach związanych z w/w opłatą prosimy kontaktować się z Kierownikiem Administracyjno - Gospodarczym Przedszkola nr 427 „Kraina Radości” w Warszawie.

**Ponadto Oświadczam, że:**

1. Zobowiązuję się wnosić opłatę w/w w terminie do 10-tego dnia każdego miesiąca (w miesiącu grudniu do 5 dnia).

2. Zgłoszenie nieobecności dziecka w przedszkolu dokonywać będzie można w następujących formach:

* drogą mailową na adres-[**p427.sekretariat@edu.um.warszwa.pl**](mailto:p427.sekretariat@edu.um.warszwa.pl)

*W tytule proszę wpisać np. „****Oddział zamiejscowy******Jan Kowalski gr.1 Smerfy, nieobecny ………(data)………****.”*

*W treści można krótko przekazać kolejne informacje.*

* **pod numerem telefonu** **22 558 08 47 sekretariat,**
* **grupa Motylki 22 558 08 44**
* **grupa Słoneczka 22 558 08 45**

Nieobecności zgłaszacie Państwo pierwszego dnia nieobecności dziecka do godz.9:00. Każdy kolejny dzień nie musi być zgłaszany, ponieważ odlicza się od automatycznie do odpisu za żywienie. Zgłoszenie nieobecności po godz. 9:00 nie będzie brane pod uwagę do odpisu za pierwszy dzień. Spóźnienia zgłaszacie państwo wyłącznie telefonicznie do godz. 9:00.

**Szczególnie prosimy Państwa o informowanie nas o chorobach zakaźnych dzieci, zatruciach pokarmowych, pasożytach, infekcjach grypowych itp.**

............................................... ..............................................

podpis matki/ opiekuna prawnego podpis ojca /opiekuna prawnego