



DEKLARACJA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO
dotycząca przewidywanego pobytu dziecka w szkole w godzinach popołudniowych
w roku szkolnym

Niepubliczna Szkoła Podstawowa Spektrum Możliwości

Imię i nazwisko dziecka:

Grupa w roku szkolnym:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Numer telefonu kontaktowego:

Ja, niżej podpisany/a, deklaram przewidywany czas pobytu mojego dziecka w szkole po zakończeniu zajęć dydaktycznych w roku szkolnym

Przyjmuję do wiadomości, że w godzinach **13:00–15:00** na terenie szkoły realizowane są **terapie indywidualne**, zgodnie z potrzebami i możliwościami psychofizycznymi dziecka oraz organizacją pracy szkoły.

Deklaruję, że moje dziecko:

☐ będzie odbierane bezpośrednio po zakończeniu zajęć dydaktycznych i nie będzie pozostawało w szkole w godzinach 13:00–15:00

☐ będzie pozostawało w szkole w godzinach 13:00–15:00 w celu udziału w zaplanowanych terapiach indywidualnych

☐ będzie pozostawało w szkole w wybrane dni tygodnia, zgodnie z poniższą deklaracją:

Dzień tygodnia	Przewidywany pobyt dziecka w godz. 13:00–15:00	Planowana godzina odbioru
Poniedziałek	☐ tak ☐ nie	
Wtorek	☐ tak ☐ nie	
Środa	☐ tak ☐ nie	
Czwartek	☐ tak ☐ nie	
Piątek	☐ tak ☐ nie	

Oświadczam, że deklarowany pobyt dziecka w szkole w godzinach 13:00–15:00 powinien uwzględniać jego indywidualne możliwości, potrzeby rozwojowe, poziom zmęczenia, samopoczucie oraz zalecenia wynikające z organizacji pomocy psychologiczno-pedagogicznej i terapii indywidualnych.

Przyjmuję do wiadomości, że maksymalna godzina pobytu dziecka w szkole to **15:00**.

Miejscowość i data:

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: