ZESPÓŁ SZKOLNO - PRZEDSZKOLNY W STAWIGUDZIE

UL . WARSZAWSKA 5 , 11-034 STAWIGUDA , TEL . 89 512 61-12

**Upoważnienie do odbioru dziecka**

Nazwisko i imię matki / opiekuna prawnego……………………………………………………………

Nazwisko i Imię ojca / opiekuna prawnego…………………………………………………………….

do odbioru dziecka………………………………………………………………………………… ……

(imię i nazwisko dziecka)

z Przedszkola w Zespole Szkolno - Przedszkolnym w Stawigudzie przy ul . Warszawskiej 4a w roku szkolnym 2022/2023 **upoważniam/-my** następujące osoby:

1…………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko

2…………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko

3…………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko

4…………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko

**Oświadczamy, że każda z osób upoważnionych podała swoje dane dobrowolnie i wyraziła zgodę na przetwarzanie danych osobowych na załączonym załączniku nr 1 do niniejszego oświadczenia.**

Oświadczamy, że bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka od chwili jego odbioru z Przedszkola przez wskazaną wyżej osobę.

Ponadto oświadczamy, że mamy świadomość, iż Przepisy o ruchu drogowym zabraniają korzystania z drogi dziecku w wieku do 7 lat . Może ono korzystać z drogi tylko pod opieką osoby, która osiągnęła wiek co najmniej 10 lat (art . 43 ustawy z 20 czerwca 1997 Prawo o ruchu drogowym).

Stawiguda, dnia………………………

czytelny podpis matki / opiekuna prawnego czytelny podpis ojca / opiekuna prawnego

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