***Samorządowe Przedszkole w Iłży***

**Oś. Stanisława Staszica 14, 27-100 Iłża**

Tel./fax. 48 616 26 86 E-mail: przedszkoleilza@wp.pl

**Oświadczenie rodziców dotyczące odbioru dziecka**

**SAMORZĄDOWE PRZEDSZKOLE W IŁŻY**

………………………………………………………………

 Nazwisko i imię matki, opiekunki dziecka

………………………………………………………………..

 Nazwisko i imię ojca , opiekuna dziecka

**Oświadczenie**

Do odbioru dziecka ……………………………………………………………

 (imię i nazwisko dziecka)

z przedszkola upoważniam/y następujące osoby :

1. ………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………

 (miejsce zamieszkania )

……………………………………………………………………………..

 (nr dowodu osobistego)

………………………………………………………………………………………………

 (nr telefonu)

1. ………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………

 (miejsce zamieszkania )

……………………………………………………………………………..

 (nr dowodu osobistego)

………………………………………………………………………………………………

 (nr telefonu)

1. ………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko)

…………………………………………………………………………………

 (miejsce zamieszkania )

……………………………………………………………………………..

 (nr dowodu osobistego)

………………………………………………………………………………………………

 (nr telefonu)

**Bierzemy na siebie pełna odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez powyżej wskazaną osobę , upoważnioną przez nas osobę.**

Iłża dn. …………………. …………………………… …….……………………

 (podpis matki) ( podpis ojca )