***Samorządowe Przedszkole w Iłży***

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

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

**UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DZIECKA Z PRZEDSZKOLA**

( tylko osoby dorosłe za okazaniem dokumentu tożsamości)

Ja…………………………………………………………………………………..

legitymująca / legitymujący się dowodem osobistym o nr………………………

upoważniam do odbioru mojego dziecka…………………………………………

z przedszkola przez następujące osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **nr dowodu osobistego** | **telefon kontaktowy** | **stopień pokrewieństwa** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

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

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

 (podpis matki) ( podpis ojca )