**Školský klub detí „ZEBRA“**

**pri Základnej škole Jaroslava Simana, Októbrová 16, Valaská**

**školský rok 20...../20.....**

Aj v tomto školskom roku BUDE moje dieťa.....................................................................................

(meno a priezvisko)

navštevovať ŠKD „ZEBRA“ pri ZŠ Jaroslava Simana, Októbrová 16, Valaská.

**Počas prázdnin sme zmenili** (údaje vypíšte len vtedy, ak ste zmenili adresu, telef. číslo...):

* BYDLISKO: ........................................................................................................................................
* TELEFÓNNY KONTAKT: ................................................................................................................
* ZDRAVOTNÉ ŤAŽKOSTI dieťaťa: ..................................................................................................

(alergia na..., telesné postihnutie, epilepsia, slabozrakosť, ďalekozrakosť...)

**Predpokladaný rozsah denného pobytu môjho dieťaťa v ŠKD „Zebra“ počas šk.roka 20..../20....**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deň** | **Pred vyučovaním** | **Po vyučovaní** | **Spôsob odchodu**  **dieťaťa z ŠKD**  (sám, s rodičmi, školským autobusom...) | **Záujmová činnosť dieťaťa** | |
| v čase  od 6:00 do 7:30 | v čase od konca vyučovania do... | názov | od – do |
| **P** |  |  |  |  |  |
| **U** |  |  |  |  |  |
| **S** |  |  |  |  |  |
| **Š** |  |  |  |  |  |
| **P** |  |  |  |  |  |

----- OTOČIŤ STRANU-----

**Školský klub detí „ZEBRA“**

**pri Základnej škole Jaroslava Simana, Októbrová 16, Valaská**

**školský rok 20...../20.....**

Aj v tomto školskom roku BUDE moje dieťa.....................................................................................

(meno a priezvisko)

navštevovať ŠKD „ZEBRA“ pri ZŠ Jaroslava Simana, Októbrová 16, Valaská.

**Počas prázdnin sme zmenili** (údaje vypíšte len vtedy, ak ste zmenili adresu, telef. číslo...):

* BYDLISKO: ........................................................................................................................................
* TELEFÓNNY KONTAKT: ................................................................................................................
* ZDRAVOTNÉ ŤAŽKOSTI dieťaťa: ..................................................................................................

(alergia na..., telesné postihnutie, epilepsia, slabozrakosť, ďalekozrakosť...)

**Predpokladaný rozsah denného pobytu môjho dieťaťa v ŠKD „Zebra“ počas šk.roka 20..../20....**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Deň** | **Pred vyučovaním** | **Po vyučovaní** | **Spôsob odchodu**  **dieťaťa z ŠKD**  (sám, s rodičmi, školským autobusom...) | **Záujmová činnosť dieťaťa** | |
| v čase  od 6:00 do 7:30 | v čase od konca vyučovania do... | názov | od – do |
| **P** |  |  |  |  |  |
| **U** |  |  |  |  |  |
| **S** |  |  |  |  |  |
| **Š** |  |  |  |  |  |
| **P** |  |  |  |  |  |

----- OTOČIŤ STRANU-----

Všetky odchýlky v dennej dochádzke môjho dieťaťa do ŠKD oznámim pani vychovávateľke

**vopred písomne**.

**Bez písomnej žiadosti nebudem žiadať o uvoľnenie môjho dieťaťa z ŠKD.**

**Ďalej rodičom pripomíname:**

* **používanie mobilov počas pobytu detí v ŠKD je ZAKÁZANÉ,** ak sa s p. vychovávateľkou pre závažné zdravotné a rodinné problémy dieťaťa nedohodnete inak
* **poplatok za ŠKD je 4,− € za mesiac, ktorý prosíme uhradiť do 10. dňa v mesiaci**

ĎAKUJEME,

že dodržiavaním pravidiel zvýšite bezpečnosť svojich detí v ŠKD a uľahčite nám prácu s pravidelným odvádzaním poplatkov za ŠKD.

(Všetky požiadavky sú v zmysle platnej legislatívy.)

v.............................. dňa.......................... .........................................................

podpis rodiča – zákonného zástupcu

Všetky odchýlky v dennej dochádzke môjho dieťaťa do ŠKD oznámim pani vychovávateľke

**vopred písomne**.

**Bez písomnej žiadosti nebudem žiadať o uvoľnenie môjho dieťaťa z ŠKD.**

**Ďalej rodičom pripomíname:**

* **používanie mobilov počas pobytu detí v ŠKD je ZAKÁZANÉ,** ak sa s p. vychovávateľkou pre závažné zdravotné a rodinné problémy dieťaťa nedohodnete inak
* **poplatok za ŠKD je 4,− € za mesiac, ktorý prosíme uhradiť do 10. dňa v mesiaci**

ĎAKUJEME,

že dodržiavaním pravidiel zvýšite bezpečnosť svojich detí v ŠKD a uľahčite nám prácu s pravidelným odvádzaním poplatkov za ŠKD.

(Všetky požiadavky sú v zmysle platnej legislatívy.)

v.............................. dňa.......................... .........................................................

podpis rodiča – zákonného zástupcu

Súhlasím, aby sa moje dieťa počas pobytu v ŠKD „Zebra“ v školskom roku 20...../20...... zúčastňovalo sezónnych činností:

Sánkovanie áno − nie

Zimné korčuľovanie áno − nie

Návšteva detského ihriska vo Valaskej áno − nie

V ...............................

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

dňa ............................ podpis rodiča – zákonného zástupcu

Súhlasím, aby sa moje dieťa počas pobytu v ŠKD „Zebra“ v školskom roku 20...../20...... zúčastňovalo sezónnych činností:

Sánkovanie áno − nie

Zimné korčuľovanie áno − nie

Návšteva detského ihriska vo Valaskej áno − nie

V ...............................

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

dňa ............................ podpis rodiča – zákonného zástupcu

Súhlasím, aby sa moje dieťa počas pobytu v ŠKD „Zebra“ v školskom roku 20...../20...... zúčastňovalo sezónnych činností:

Sánkovanie áno − nie

Zimné korčuľovanie áno − nie

Návšteva detského ihriska vo Valaskej áno − nie

V ...............................

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

dňa ............................ podpis rodiča – zákonného zástupcu