

**POTWIERDZENIE WOLI
UCZĘSZCZANIA DZIECKA NA KONSULTACJE
PROWADZONE NA TERENIE SZKOŁY PODSTAWOWEJ
W PRZYDWORZYCACH**

Potwierdzam, że moje dziecko:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

uczeń klasy Szkoły Podstawowej w Przydworzycach

będzie / nie będzie*

(wpisać właściwe)

uczęszczać na konsultacje prowadzone w szkole **od dnia 01 czerwca 2020r.**

Uwagi :

1. Konkretnie dni i godziny , w których będą się odbywać konsultacje z zajęć edukacyjnych / przedmiotów zostaną ustalone i podane do wiadomości po zebraniu oświadczeń woli od rodziców.

2. Z jakich zajęć edukacyjnych/ przedmiotów nauczania? – wpisz wybrane zajęcia edukacyjne/ przedmioty

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

3. Po otrzymaniu zgłoszenia wychowawca przekaze informację pani dyrektor, która ustali termin konsultacji z wybranym nauczycielem.

Zobowiązuję się do zachowania zasad sanitarnych i procedur bezpieczeństwa obowiązujących na terenie szkoły w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID- 19.

Potwierdzenie woli uczęszczania dziecka na konsultacje prowadzone w Szkole Podstawowej w Przydworzycach posłuży dyrekcji do planowania działań w placówce.

.....
Data; podpis rodzica/opiekuna prawnego