



## ZESPÓŁ SZKOLNO - PRZEDSZKOLNY NR 12

44 - 102 GLIWICE UL. LIPOWA 29

NIP 631 - 26 - 72 - 422 REGON 367338230

TEL. (32) 279 98 55; FAX (32) 231 17 45 sekretariat@zsp12.gliwice.eu

..... Gliwice, dnia ..... 2021 r.

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

### Deklaracja\*

Oświadczam, że jako rodzic dziecka .....

data ur. .... będę ponosi-ł/ła koszty pobytu w Przedszkolu Miejskim nr 7 w Zespole Szkolno-Przedszkolnym nr 12 w Gliwicach, zgodnie z Uchwałą Nr XLI/906/2018 Rady Miasta Gliwice z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie określenia wysokości opłat za korzystanie z wychowania przedszkolnego w przedszkolach i oddziałach przedszkolnych w publicznych szkołach podstawowych prowadzonych przez Miasto Gliwice, Zarządzeniem nr 165/18 Prezydenta Miasta Gliwice z dnia 20 grudnia 2018 r. w sprawie określenia sposobu i terminu wnoszenia przez rodziców i opiekunów prawnych opłat za korzystanie z wychowania przedszkolnego przez dzieci objęte wychowaniem przedszkolnym, w czasie przekraczającym wymiar bezpłatnych 5 godzin dziennie, w przedszkolach i oddziałach przedszkolnych w szkołach podstawowych prowadzonych przez Miasto Gliwice w zw. z art. 52 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o finansowaniu zadań oświatowych ( Dz.U. z 2017 r., poz. 2203 z późn. zm.)

Od września 2021 do czerwca 2022 deklaruję dzienny czas pobytu mojego dziecka, zgodny z załączonym harmonogramem.

**Jednocześnie zobowiązuję się do składania, w przypadku zmiany godzin pobytu dziecka w przedszkolu, aneksu do harmonogramu do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który opłata ma być ustalona.**

.....  
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

\*deklaracja obowiązuje od 01.09.2021 do 31.06.2022

.....  
imię i nazwisko dziecka

### Oświadczenie

dotyczący numeru rachunku bankowego służącego do przekazywania rozliczeń związanych z pobytem dziecka w placówce

**DANE PŁATNIKA (RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO)\***

Imię ..... Nazwisko .....

Adres zamieszkania: .....

**Proszę o zwrot nadpłat za pobyt dziecka w placówce na wskazany poniżej numer rachunku:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....  
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

\* Prosimy wypełnić drukowanymi literami