**UPOWAŻNIENIE**

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

*(imiona i nazwiska rodziców / prawnych opiekunów / osób sprawujących pieczę zastępczą \*)*

Jako rodzice / prawni opiekunowie / osoby sprawujące pieczę zastępczą

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

*(imiona i nazwisko dziecka, data urodzenia )*

oświadczamy, że dziecko może być odbierane z Przedszkola nr 5 w Zespole Szkolno-Przedszkolnym nr 9   
w Tomaszowie Mazowieckim wyłącznie przez niżej upoważnione osoby:

1. .......................................................................................................................................................................................................................

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………...

*(imię i nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa lub jego brak , nr i seria dowodu osobistego, nr telefonu)*

wyrażam zgodę .................................................................................................................................................................................................

*(czytelny podpis osoby upoważnionej do odbioru i opieki nad dzieckiem)*

1. .....................................................................................................................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa lub jego brak , nr i seria dowodu osobistego, nr telefonu)*

wyrażam zgodę ................................................................................................................................................................................................

*(czytelny podpis osoby upoważnionej do odbioru i opieki nad dzieckiem )*

1. .....................................................................................................................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko, adres zamieszkania, stopień pokrewieństwa lub jego brak , nr i seria dowodu osobistego, nr telefonu)*

wyrażam zgodę .................................................................................................................................................................................................

*(czytelny podpis osoby upoważnionej do odbioru i opieki nad dzieckiem )*

Oświadczamy, że inne osoby nie mają prawa odbierać dziecka z przedszkola. Bierzemy na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo odebranego dziecka od momentu jego odbioru przez wskazaną powyżej, upoważnioną przez nas osobę .

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

*(czytelny podpis matki / prawnej opiekunki /*

*osoby sprawującej pieczę zastępczą)*

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

*(czytelny podpis ojca / prawnego opiekuna /*

*osoby sprawującej pieczę zastępczą )*

Tomaszów Maz., dnia ......................................................

(data)