Załącznik nr 2

Karta zgłoszenia dziecka do przejazdu autobusem szkolnym

Imię i nazwisko dziecka………………………………………………………..…klasa………………..

Numer telefonu rodziców **matki**………………………………....**ojca**………………………………

Godzina odjazdu autobusu, którym wraca dziecko………………………………………………..……

Nazwa miejscowości i przystanku na którym wysiada dziecko……………………………………...…

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

Dni, w które dziecko będzie korzystać z przejazdu autobusem. Wpisz **X** przy dniach, w które dziecko korzysta z przejazdu.

Poniedziałek………………………….
Wtorek………………………………..
Środa………………………………….
Czwartek……………………………..
Piątek…………………………………
Cały tydzień…………………………..

Oświadczam, że moje dziecko będzie odbierane z przystanku autobusowego przez:

…………………………………………………………………………………………………...………
imię i nazwisko osoby, która odbiera dziecko z przystanku

………………………………………………………………………………………………………………………………...Data, czytelny podpis matki/prawnego opiekuna Data, czytelny podpis ojca/ prawnego opiekuna

Oświadczam, że moje dziecko samodzielnie będzie wracać do domu z przystanku autobusowego i biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za powrót dziecka do domu.

………………………………………………………………………………………………………………………………...Data, czytelny podpis matki/prawnego opiekuna Data, czytelny podpis ojca/ prawnego opiekuna