Załącznik nr 2



**Karta zgłoszenia dziecka do przejazdu autobusem szkolnym**

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

Numer telefonu rodziców/prawnych opiekunów:

**matki** ………………………………………………**ojca** ……………………………………………..

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

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

Proszę wpisać znak **X** w tabelę, zaznaczając dni i kursy kiedy dziecko będzie korzystało z przejazdu autobusem. Ze względów organizacyjnych i bezpieczeństwa proszę wybrać każdego dnia tylko jeden kurs powrotny.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień tygodnia** | Kierunek  DO SZKOŁY  **Trasa nr 1**  **godz. 7.25** | Kierunek DO SZKOŁY  **Trasa nr 2**  **godz. 8.20/8.25** | Kierunek  DO DOMU  **Trasa nr 3**  **godz. 13.55** | Kierunek  DO DOMU  **Trasa nr 4**  **godz. 14.55** | Kierunek  DO DOMU**Trasa nr 5**  **godz. 15.40** |
| **Poniedziałek** |  |  |  |  |  |
| **Wtorek** |  |  |  |  |  |
| **Środa** |  |  |  |  |  |
| **Czwartek** |  |  |  |  |  |
| **Piątek** |  |  |  |  |  |

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

Michałowice, dn. ………………



## Załącznik nr 1

Do Regulaminu dowozu uczniów

do szkół na terenie Gminy Michałowice

**ZOBOWIĄZANIE**

Niniejszym akceptuję i zobowiązuję się, a tym samym zobowiązuję syna/córkę\* ………………………………………………………………………………………….., ucznia/uczennicę\* klasy ………………, dojeżdżającego/-ej\* autobusem do Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Michałowicach lub do domu w roku szkolnym ………………………… do przestrzegania ***Regulaminu dowozu uczniów do szkół na terenie Gminy Michałowice*** począwszy od pierwszego dnia roku szkolnego.

* Rodzic/opiekun prawny/\* ................................................
* Uczeń/uczennica\* ................................................

\*niepotrzebne skreślić