Konin, dnia ………………..………2024 r.

………………..………….……………….…………….

 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

…………..…………………………….. …………… numer deklaracji …............/………..2024

(seria i nr dowodu osobistego)

………………………………………..…………….…

(miejsce zamieszkania)

**Przedszkole macierzyste nr ………..**

**D E K L A R A C J A**

**w sprawie korzystania z usług wychowania przedszkolnego w miesiącu sierpień 2024r.**

Deklaruję, że moje dziecko:

 …………………………………………………………………………………….………

 (imię i nazwisko dziecka)

ur. …………………………………..… …………………………….w ………. ……………………………….………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

będzie korzystało z usług Przedszkola Nr 13 „Słoneczko” w Koninie przy ul. Pogodnej 17,

od dnia …………………….sierpnia2024 r. do dnia …………………………….sierpnia 2024 r.

w godzinach od …………. do ……….. tj. ………… godzin dziennie, w tym ponadwymiarowych ……….

Deklaruję także, że moje dziecko będzie korzystało z wyżywienia w liczbie …….. posiłków dziennie, tj.:

 śniadanie □ obiad □ podwieczorek □

(wstawić X przy wybranych posiłkach)

**Dziecko: (**wstawić X przy wybranej odpowiedzi)

1. ma rodzeństwo w Przedszkolu nr 13 TAK □ NIE □ W GRUPIE ….….
2. posiada orzeczenie o niepełnosprawności TAK □ NIE □

(nie dotyczy orzeczeń wydanych przez

 Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną)

1. znajduje się w pieczy rodziny zastępczej TAK □ NIE □
2. przebywa w placówce opiekuńczo-wychowawczej TAK □ NIE □

… ………….……………………………………………

 (czytelny podpis Rodziców/Opiekunów prawnych)

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. W godz. **od 8.00 do 13.00** realizowana jest bezpłatna podstawa programowa wychowania przedszkolnego.
2. Odpłatność za korzystanie z usług Przedszkola składa się z dwóch części :

1) pierwsza część to odpłatność za korzystanie z wychowania przedszkolnego w czasie przekraczającym realizowanie podstawy programowej.

2) druga część to odpłatność za wyżywienie (koszt surowca tzw. „wsad do kotła” w wysokości stawki dziennej pomnożonej przez liczbę dni w danym miesiącu korzystania z posiłków).

1. W dniu podpisywania deklaracji odpłatność za korzystanie z wychowania przedszkolnego w czasie przekraczającym realizowanie podstawy programowej wynosi 1 zł za każdą pełną godzinę zajęć, którą określa Uchwała Nr 637 Rady Miasta Konina z dnia 25 września 2013 roku wraz
z Uchwałą 452 Rady Miasta Konina z dnia 25 stycznia 2017 r. w połączeniu z Uchwałą Nr 160 Rady Miasta Konina z dnia 26 czerwca 2019 r.
w sprawie określenia czasu bezpłatnego nauczania, wychowania i opieki oraz wysokości opłat za korzystanie z wychowania przedszkolnego oraz warunków częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat w przedszkolach publicznych, dla których organem prowadzącym jest Miasto Konin. Miesięczna wysokość opłat za korzystanie z wychowania przedszkolnego ustalana jest jako iloczyn: stawki godzinowej, liczby godzin pobytu dziecka w przedszkolu w czasie przekraczającym realizowanie podstawy programowej wskazanej przez rodziców (opiekunów prawnych) w niniejszej deklaracji oraz liczby dni pobytu dziecka w przedszkolu.
2. **W dniu podpisywania deklaracji wysokość dziennej stawki żywieniowej wynosi 11,00 zł (słownie: jedenaście złotych,
tj. [śniadanie: 3,00 zł (30%), obiad 5,00 zł (45%), podwieczorek 2,00 zł (25%)].**
3. Zmiany podstawy prawnej dotyczące wysokości opłat nie skutkują zmianą niniejszej deklaracji podlegają jedynie wywieszeniu na tablicy ogłoszeń
w przedszkolu.
4. **Opłatę za pobyt dziecka w przedszkolu podczas dyżuru w sierpniu należy uiścić do 10 września.**
5. **Za zwłokę we wnoszeniu opłat po terminie przedszkole nalicza odsetki.**

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

**Oświadczam, że zobowiązuję się do:**

1. Odbierania i przyprowadzania dziecka z przedszkola zgodnie z podanymi w deklaracji godzinami.
2. Odpłatność za miesiąc SIERPIEŃ  2024r.- po uprzednim zapoznaniu się z należną  kwotą w  placówce, należy wpłacić do 10 września 2024 r. na nr konta bankowego:

 14 1560 0013 2015 2811 6400 0001

………………………………………………

 (**czytelny** podpis Rodziców/Opiekunów prawnych)

**KONTO BANKOWE RODZICÓW**

Imię i nazwisko rodzica………………………..……………………….…………………………………….

Adres…………..…………….………………………………………..………………………………………

Proszę o przekazanie odpisu nadpłaconej kwoty w miesiącu sierpniu 2024r. lub pomyłkowych wpłat za moje dziecko…………………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko dziecka)

na konto osobiste o nr: ……………………………………………………………………………………………………………………………

**\*W razie zmiany konta lub likwidacji proszę poinformować o tym księgowość przedszkola**

 ……………………….…………………………… **CZYTELNY PODPIS**