|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………………………. Nowy Sącz, …………..………. r.  /Imię i nazwisko rodzica/  **OŚWIADCZENIE**  Oświadczam, że jako rodzic (prawny opiekun) uczenia / uczennicy  ………………………………………………………, **klasy**..… | | |
| 1. | zapoznałam/em się z **kryteriami** i **warunkami oceniania zachowania**, a także **wymaganiami edukacyjnymi** dla uczniów klasy ….. wynikające z realizowanego programu nauczania w roku szkolnym …………. / ……………  *Kryteria i wymagania edukacyjne są dostępne na stronie internetowej szkoły od 1 września …………… r.* | …….…………………..  podpis rodzica/opiekuna |
| 2. | **WYRAZAM** **ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY*\****,  aby moje dziecko uczestniczyło w „Programach dla szkół na rok szkolny …………. / ……………” realizowanych przez Zespół Szkolno – Przedszkolny nr 2 w Nowym Sączu  Omówienie programów na spotkaniu organizacyjnym ………………  ***\*niepotrzebne skreślić*** | ……...…………………..  podpis rodzica/opiekuna |
| 3. | że moje dziecko  **BĘDZIE / NIE BĘDZIE\*** mogło mieć wykonywaną fluoryzację  w roku szkolnym …………. / ……………pod nadzorem pielęgniarki szkolnej.  Koszt ……….. zł – koszt jednorazowych szczoteczek do zębów.  ***\*niepotrzebne skreślić*** | ………….……………..  podpis rodzica/opiekuna |
| 4. | wyrażam **ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY*\****,  aby moje dziecko mogło mieć sprawdzaną czystość głowy przez pielęgniarkę szkolną w roku szkolnym …………. / ……………  ***\*niepotrzebne skreślić*** | …..…………………..  podpis rodzica/opiekuna |
| Klauzula informacyjna Zespołu Szkolno Przedszkolnego nr 2 znajduje się na stronie internetowej szkoły w zakładce ORGAZNIZACJA SZKOŁY. | | |