**OŚWIADCZENIE**

**O KORZYSTANIU/ REZYGNACJI Z DOWOZÓW AUTOBUSEM SZKOLNYM**

**Oświadczam, że ……………………………………………………………………….…………………………….,**

***(imię i nazwisko ucznia)***

**uczeń/uczennica klasy ………………………..…. Szkoły Podstawowej im. T. Kościuszki w Połańcu,**

**data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………….…………………………………..**

**nr Pesel: …………………………….…..……………, nr legitymacji szkolnej: ………………………..…………….**

**będzie korzystało/nie będzie korzystało z dowozów autobusem szkolnym w roku szkolnym**

 **(niepotrzebne skreślić)**

**…………………………………….. .**

**Jeśli dziecko będzie korzystało z dowozów proszę wpisać miejscowość/ulicę, gdzie dziecko będzie wsiadało do autobusu szkolnego……………………………………………………………………………..**

 *………………………..…………………….………………….*

 *(data i podpis rodzica/opiekuna prawnego)*