**ZMIANA GODZIN NA ROK SZKOLNY …………**

**OD** **MIESIĄCA** ……………………………..

1. Imię i nazwisko dziecka ……………………........................................................................

2. Grupa, do której uczęszcza dziecko ………………………………………………………….

3. Adres zamieszkania dziecka …………………………………………………………………

4. Wariant godzinowy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  WARIANT | GODZINY | POSIŁKI | PROSZĘ ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X” WARIANT  |
| 6 GODZIN | 8.00-14.00 | ŚNIADANIE, OBIAD |   |
| 7.00-13.00 | ŚNIADANIE, OBIAD |   |
| 7 GODZIN | 8.00-15.00 | ŚNIADANIE, OBIAD, PODWIECZOREK |   |
| 7.00-14.00 | ŚNIADANIE, OBIAD |   |
| 6.00-13.00  | ŚNIADANIE, OBIAD |   |
| 8 GODZIN | 8.00-16.00 | ŚNIADANIE, OBIAD, PODWIECZOREK |   |
| 7.00-15.00 | ŚNIADANIE, OBIAD, PODWIECZOREK |   |
| 6.00-14.00 | ŚNIADANIE, OBIAD |   |
| 9 GODZIN | 7.00-16.00 | ŚNIADANIE, OBIAD, PODWIECZOREK |   |
| 6.00-15.00 | ŚNIADANIE, OBIAD, PODWIECZOREK |   |
| 10 GODZ. | 6.00-16.00 | ŚNIADANIE, OBIAD, PODWIECZOREK |   |

7. Telefony kontaktowe:

Matka ………………………… Ojciec …………………………………..

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

 (czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka)