Grabanów, dnia ………………………………

…………………………………………..…………………

*Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego*

………………………………………….……………..……..

…………………………………………………….………….

*Adres rodzica/ opiekuna prawnego*

*……………………………………………….…*

 *Telefon*

**Upoważnienie do odbierania dziecka/ dzieci**

**ze Szkoły Podstawowej w Grabanowie**

**(oddział i punkt przedszkolny)**

Do odbioru dziecka

………………………………………………………………………………………………………………………………

 *imię i nazwisko dziecka/dzieci*

w okresie **od 01.09.2023 do 31.08.2024** upoważniam:

1. ……………………….……………… ………………………… ……………… …………….

 *imię i nazwisko osoby upoważnionej nr dowodu osobistego telefon stopień pokrewieństwa*

1. …………………………………… ………………………… …….…… ………..………..…

 *imię i nazwisko osoby upoważnionej nr dowodu osobistego telefon stopień pokrewieństwa*

1. ……………………………………… ………………………… ……………. ……………………

 *imię i nazwisko osoby upoważnionej nr dowodu osobistego telefon stopień pokrewieństwa*

1. ……………………………………… ……………………… …………….. ……………………

 *imię i nazwisko osoby upoważnionej nr dowodu osobistego telefon stopień pokrewieństwa*

 *………………………………………………..………………………………..*

 *Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego*