ZŠ a MŠ Oty Pavla Buštěhrad

PLNÁ MOC k vyzvedávání a odvádění dítěte.....

ze ZŠ a MŠ Oty Pavla Buštěhrad, okres Kladno

Zákonní zástupci:

.....

Jméno a příjmení bydliště, telefon

.....

Jméno a příjmení bydliště, telefon

Zplnomocňuji tímto níže uvedené dospělé osoby k vyzvedávání uvedeného dítěte.

Jméno, příjmení bydliště podpis:

1. .....

2. .....

3. .....

4. .....

Prohlašuji, že na sebe přebírám odpovědnost související s předáním svého dítěte výše uvedeným pověřeným osobám. Beru na vědomí, že na telefonické pověření nebude ze strany ZŠ brán zřetel a že od okamžiku převzetí jmenovaného dítěte vzhledem k tomuto pověření nemůže ZŠ odpovídat za bezpečnost dítěte a ochranu jeho zdraví.

Tato plná moc se vydává na období od ..... do.....

Podpis zákonného zástupce.....

Podpis zákonného zástupce.....

Buštěhrad dne: .....

ZŠ a MŠ Oty Pavla Buštěhrad
Tyršova 77
273 43 Buštěhrad

Telefon: 312 250 530
E-mail:
info@zsbustehrad.cz
Web: www.zsbustehrad.cz