

NR. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
APROBAT:  
PREȘEDINTE,  
Prof. Mădălina IONESCU

AVIZAT:  
  
DIRECTOR,  
Prof. dr. Elena ODA

**DOAMNĂ PREȘEDINTE/DOAMNA DIRECTOR,**

Subsemnatul/ a, \_\_\_\_\_, în calitate  
de părinte al elevului/ei \_\_\_\_\_,  
de la ȘCOALA GIMNAZIALĂ MATEI BASARAB, PITEȘTI, din clasa \_\_\_\_\_, an școlar \_\_\_\_\_,  
cu domiciliul în \_\_\_\_\_,  
Telefon/ mobil \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, vă rog  
să-mi aprobați înscrierea fiului meu/ fiicei mele la Programul AFTER SCHOOL pentru CP-IV,  
începând cu data de \_\_\_\_\_.

Menționez că optez pentru următorul program (bifați una din variante):

- ☐ **LUNG** (intervalul orar: 12<sup>00</sup>-17<sup>00</sup>- de luni până joi și 12<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>- vineri): 45 lei/ zi (15 lei masă+ 30 lei efectuarea temelor și activități extrașcolare);
- ☐ **SCURT 1** (intervalul orar: 14<sup>00</sup>-17<sup>00</sup> - de luni până joi și 14<sup>00</sup>-16<sup>00</sup> vineri): 30 lei/ zi efectuarea temelor și activități extrașcolare;
- ☐ **SCURT 2** (intervalul orar: 12/13-14/15 – de luni până vineri): 20 lei/zi efectuarea temelor;
- ☐ **MASĂ** (intervalul orar 11<sup>50</sup>- 13<sup>30</sup>)- 15 lei/ zi.

Declar pe propria răspundere că fiul meu/ fiica mea este clinic sănătos/ sănătoasă, conform Adeverinței medicale eliberate de către medicul de familie (va fi depusă la începutul cursurilor) și ARE/ NU ARE NEVOIE DE UN REGIM ALIMENTAR SPECIAL. Dacă DA, acesta este \_\_\_\_\_. Menționez că fiul meu/ fiica mea NU ARE/ ARE alergii la un anumit tip de alimente sau ingredient din alimente, iar dacă DA, acesta este \_\_\_\_\_.

Am luat la cunoștință aspectele ce privesc organizarea și desfășurarea programului After School și voi face tot posibilul să colaborez cu școala pentru integrarea fiului meu/ fiicei mele în program, conform drepturilor și îndatoririlor beneficiarilor, prevăzute în Contract și în Regulamentele școlare în vigoare.

**ACORD**

Sunt de acord să achit taxa lunară la Secretariatul școlii (în perioada 1- 10 ale lunii pentru luna anterioară, în intervalul orar 08<sup>00</sup>-14<sup>00</sup>), altfel accept excluderea fiului meu/ fiicei mele din program odată cu pierderea locului. Am fost înștiințat că, în cazul în care fiul meu/ fiica mea nu participă la programul After School într-o zi, trebuie să comunic -în scris- până la orele 08<sup>30</sup> ale zilei respective și se va scădea contravaloarea mesei pentru ziua respectivă; în cazul absenței pentru minim 5 zile, din motive medicale, trebuie să comunic -în scris- până la orele 08<sup>30</sup> ale primei zile, după care voi aduce Adeverință medicală/ Certificat medical, pentru scăderea contravalorii mesei din perioada absenței, în caz contrar achit taxa integral. În cazul retragerii din program, voi completa la Secretariat o cerere scrisă/ accept pierderea locului, conform Contractului.

Tel. parinte: .....

DATA: \_\_\_\_\_

SEMNĂTURA \_\_\_\_\_

Doamnei Președinte al Asociației Pro Elevi Pitești