

Świdnik dnia.....

POTWIERDZENIE WOLI

ZAPISU DZIECKA DO PRZEDSZKOLA/ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

Niniejszym potwierdzam/y wolę zapisu dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

Numer PESEL

do
(nazwa przedszkola/oddziału przedszkolnego)

do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2024/25

.....
(Podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(Podpis ojca/opiekuna prawnego)