

Zofiówka, dnia

POTWIERDZENIE WOLI
zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej
im. Jana Brzechwy w Zofiówce

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka

(imię i nazwisko dziecka) nr

pesel (dziecka)

do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Zofiówce, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2018/2019.

Jednocześnie: ☐ Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od.....
do.....

oraz korzystanie w tym czasie z posiłków.

.....
podpis matki /prawnego opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego opiekuna

ADNOTACJA DYREKTORA PRZEDSZKOLA

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do przedszkola przez rodziców prawnych opiekunów,.....

imię i nazwisko dziecka

zostaje przyjęta/y do oddziału przedszkolnego przy Szkole Podstawowej im. Jana Brzechwy w Zofiówce na rok szkolny 2018/2019.

.....
pieczęć i podpis dyrektora