

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 2023/2024.

Jednocześnie:

- Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od.....
do..... oraz korzystanie w tym czasie z posiłków.

.....
podpis matki /prawnego opiekuna
opiekuna

.....
podpis ojca/prawnego

ADNOTACJA DYREKTORA ODDZIAŁU PRZEDSZKOLNEGO

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 2023/2024.

.....
pieczęć i podpis dyrektora