

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 2024/2025.

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 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 2024/2025.

.....
pieczęć i podpis dyrektora