

Oleszno, dnia .....

**POTWIERDZENIE WOLI**  
**zapisu dziecka do Samorządowego Przedszkola w Olesznie**

Potwierdzam/y wolę zapisu dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka)

nr pesel (dziecka) .....

do Samorządowego Przedszkola w Olesznie, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia na rok szkolny 2019/2020.

Jednocześnie:

- Deklaruję czas pobytu dziecka w przedszkolu w godzinach od..... do.....
- Upoważniam/y do odbioru dziecka z przedszkola poniższe osoby:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Telefon kontaktowy

.....  
podpis matki /prawnego opiekuna

.....  
podpis ojca/prawnego opiekuna

**ADNOTACJA DYREKTORA ZESPOŁU**

W związku z dopełnieniem obowiązku potwierdzenia woli przyjęcia dziecka do przedszkola przez rodziców prawnych opiekunów,.....  
imię i nazwisko dziecka  
zostaje przyjęta/y do Samorządowego Przedszkola w Olesznie na rok szkolny 2019/2020.

.....  
pieczęć i podpis dyrektora