

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 2020/2021.

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 2020/2021.

.....
pieczęć i podpis dyrektora